ESSAI

SUR L'APPENDICULITE

ET LA

PÉRITONITE APPENDICULAIRE

A

ESSAI

SUR

L'APPENDICULITE

ET LA

PÉRITONITE APPENDICULAIRE

PAR

LE Dr ÉMILE MAURIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
ANCIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU, ET LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE CLERMONT-FERRAND
PRIX FLEURY. — PRIX NIVET. — PRIX RENOUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1890

R52845

INTRODUCTION ET EXPOSÉ DU SUJET

Pendant notre dernière année d'internat, à la Charité, chez notre regretté maître M. le Dr Blachez, nous avons eu l'occasion d'observer un cas mortel de péritonite généralisée, par perforation de l'appendice iléo-cæcal.

Les quelques recherches bibliographiques que nous fîmes à ce sujet, nous démontrèrent bien vite que, malgré les nombreux et importants travaux sur la question, l'enseignement classique professait encore, sur l'anatomie et la pathologie du cæcum, des notions qui ne paraissent pas entièrement conformes à la réalité.

Le péritoine, dit-on, tapisse les faces antérieure et latérale du cæcum, mais, en arrière, ce dernier est directement en rapport avec le tissu cellulaire sus-aponévrotique de la fosse iliaque, sans interposition de la séreuse. Dès lors, toute perforation de la face postérieure de cet organe déterminera ce que l'on appelle une *périthyphlite*, c'est-à-dire l'inflammation du tissu cellulaire rétro-cæcal, soit un abcès de la fosse iliaque, un phlegmon extra-péritonéal.

Une étude plus minutieuse de la région faite dans ces derniers temps par Trèves (1), en Angleterre, et Tuffier (2), en France, est venue démontrer le mal fondé des idées admises jusqu'à ce jour. Le péritoine, en effet, entoure complètement le cæcum, qu'il revêt aussi bien en arrière

(1) Trèves. — *British medical*, 1885, et 19 fév. 1887.

(2) Tuffier. — Etude sur le cæcum et ses hernies, *Arch. gén. de Méd.*, 1887, t. XIX, p. 641.

qu'en avant. La main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur, dans le péricarde.

Ce n'est que très exceptionnellement, 9 fois sur 120 cadavres (Tuffier), que le péritoine manque sur une partie, le tiers supérieur de sa face postérieure, et que l'organe est alors, en ce point, directement en rapport avec le tissu cellulaire sous-jacent.

Ce fait, déja signalé en Allemagne dès 1849, par Bardeleben (1), et plus tard par Kraus, par Henle, par Luschka (2), avait passé inaperçu en France. Nous avons pu nous-même en vérifier la parfaite exactitude dans l'examen de plus de 100 sujets.

On comprend de suite l'intérêt qui s'attache à ces données nouvelles. Le cæcum étant ainsi tapissé, dans toute son étendue, par la séreuse, on ne peut plus dire aujourd'hui : toute perforation de la paroi postérieure de cet organe équivaut à un phlegmon extra-péritonéal.

Semblable lésion doit, au contraire, déterminer une inflammation intra et non extra-péritonéale ; c'est-à-dire une péritonite localisée ou généralisée, tout comme la perforation de la face antérieure. S'il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique, si souvent la perforation, en arrière, détermine un véritable phlegmon sous-péritonéal, c'est que des inflammations cæcales antérieures ont établi l'adhérence des deux feuillets péritonéaux, viscéral et pariétal, soudure à la faveur de laquelle la perforation a pu se produire en dehors de la cavité séreuse. « Cette théorie des adhérences préventives, dit Tuffier (*loc. citato*), cadre très exactement avec

(1) Bardeleben. — *Archives de Virchow*, 1849, p. 59.

(2) Luschka. — Ueber der peritoneale Umhülling des Blinddarms. *Arch. f. Path. Anat. u. Physiol.*, 1861, p. 285.

ce fait que la typhlite est une maladie à répétition, annoncée dès longtemps par quelques douleurs passagères. » Or, ces adhérences sont fréquentes, nous les avons rencontrées 16 fois sur 112 autopsies, sans que rien dans les antécédents du malade ait attiré notre attention de ce côté (1).

Nous pouvons répéter, pour l'appendice, les réflexions précédentes. Il nous est impossible de souscrire à l'opinion des auteurs (Tillaux, Roser, Albrecht, Dautel), qui sont d'accord pour admettre que, dans la règle, une partie de l'appendice n'est pas recouverte par le péritoine et se trouve logé dans le tissu cellulaire rétro-cæcal. Dans tous les examens que nous avons faits, portant sur 112 sujets de tout âge, nous avons constamment vu l'appendice complètement entouré par la séreuse et tout entier libre dans sa cavité. Si donc l'appendice a été quelquefois trouvé dépourvu de revêtement séreux, soit la moitié ou le tiers de sa longueur, suivant ces auteurs, c'est, croyons-nous, l'exception et non la règle.

Ces données ont des conséquences pathologiques analogues à celles que nous venons de formuler pour le cæcum. Dans la majorité des cas, la perforation de l'appendice iléo-cæcal déterminera une péritonite localisée ou généralisée. Ce n'est que dans des conditions tout à fait exceptionnelles, d'adhérences et de rapports de cet organe, que l'on aura un

(1) Dans un de ces cas, chez une femme de cinquante-six ans, morte de cirrhose atrophique avec ascite considérable, ces adhérences présentaient un fait bien intéressant. Tout le péritoine pariétal, au voisinage du cæcum, collé à la fosse iliaque, était sillonné par de riches arborisations veineuses, qui communiquaient avec le réseau veineux des tuniques du cæcum lui-même. Elles s'étalaient sur la partie externe de la paroi antérieure de l'abdomen, glissant derrière le côlon ascendant, jusque sous le foie, pour aller s'anastomoser avec les veines diaphragmatiques inférieures. Elles constituaient ainsi une voie de dérivation pour la veine mésentérique supérieure, véritable système-porte accessoire, accidentel.

abcès extra-péritonéal. Le fait, nous le verrons plus loin, est prouvé par de nombreux examens nécroscopiques ou opératoires. On voit donc quelle importance de semblables indications, fournies par l'anatomie normale et pathologique, présentent au point de vue du traitement de ce qu'on appelle encore typhlite et périty phlite. L'histoire actuelle de ces deux maladies nous paraît assez mal déterminée. Nous croyons notamment qu'on a tort de confondre, sous la même dénomination de *typhlite*, l'inflammation du cæcum et celle de son appendice.

S'il est vrai que ce dernier peut participer à toutes les affections du cæcum dont il n'est, après tout, qu'un diverticule, il est non moins juste de dire que souvent, très souvent, cette participation n'a pas lieu. Dans une foule de circonstances, l'appendice reste indemne, alors que le cæcum est plus ou moins profondément atteint et réciproquement. Cette raison seule suffirait pour faire décrire séparément la pathologie de ces deux organes. Mais il y a plus. Dans les descriptions que l'on fait de l'inflammation du cæcum et de celle de son appendice, on relègue, en quelque sorte, cette dernière au second plan. C'est l'inverse qui devrait exister, à notre avis. En effet, la phlegmasie du cæcum est souvent une affection bénigne; celle de l'appendice est, au contraire, presque toujours une affection grave, très grave. Les phénomènes inflammatoires réactionnels, déterminés dans les tissus voisins, par la première, se terminent ordinairement par une prompte guérison, tandis que ceux engendrés par la seconde, mettent pendant longtemps la vie du malade en danger, quand ils n'ont pas une issue rapidement fatale : nouvelle raison, ce nous semble, pour ne pas fusionner dans une même description l'histoire pathologique de ces deux organes.

Nous savons bien qu'on objectera la difficulté où l'on est, dans la pratique, de diagnostiquer une lésion de l'appendice plutôt que du cæcum. A cela nous répondrons que la distinction n'est pas impossible, comme nous espérons le démontrer; elle a été faite bien des fois, et puis, en somme, est-ce un moyen d'élucider une question que de ne pas s'en occuper du tout?

Il nous semble donc, si l'on veut être logique, qu'à côté de la typhlite on doit faire une place très large à l'appendiculite, terme servant à désigner les processus inflammatoires qui atteignent l'appendice.

Un instant, nous avons eu l'intention d'adopter pour titre de notre travail cette expression *Appendiculite*, mais à elle seule elle ne nous a point paru indiquer suffisamment les accidents si graves, conséquence d'une pareille affection.

C'est pourquoi nous lui avons adjoint celle de *péritonite appendiculaire*, employée par With en 1884, au Congrès de Copenhague (1).

Ainsi associées, ces deux expressions ont l'avantage de rappeler les deux principales phases du processus morbide que nous nous proposons d'étudier.

Nous pourrons ainsi les opposer à celles de typhlite et de périty phlite qui, pour nous, serviront à désigner l'une, l'inflamation primitive du cæcum seul, l'autre, la phlegmasie des tissus sous-péritonéaux situés en arrière de cet organe, phlegmasie consécutive à une typhlite.

Toutefois, pour la facilité de notre exposition, nous emploierons abréviativement les mots appendiculite et typhlite,

(1) With. — La péritonite appendiculaire. — *Congrès de Copenhague.* 1884, t. II, p. 153.

qui désigneront dans notre pensée, à la fois la lésion de l'organe et ses conséquences, inséparables le plus souvent, du moins pour l'appendice.

Mais, envisagé sous cette formule générale, notre sujet nous demanderait de trop longs développements que ne comporte guère une thèse inaugurale. Nous avons dû nous limiter, et pour cela nous bornons notre étude à celle de *l'appendiculite* et de la *péritonite appendiculaire* chez l'homme sain, c'est-à-dire indemne de tout état général grave.

Nous laisserons donc de côté les cas qui peuvent se montrer au cours de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, du cancer, de la tuberculose. Là, en effet, l'appendiculite et la péritonite appendiculaire ne constituent point une maladie individuelle, une entité morbide, mais une simple complication, un épiphénomène de l'affection générale qui leur a donné naissance. Partant, leur intérêt est moindre.

Notre travail comprendra les chapitres habituels d'une étude d'ensemble : l'*historique*, l'*étiologie* l'*anatomie pathologique*, la *symptomatologie*, le *diagnostic*, le *pronostic* et le *traitement*.

HISTORIQUE

Jusqu'au commencement de ce siècle, l'appendice iléo-cæcal a pu être traité en paria. C'était, croyait-on, un organe insignifiant, d'une importance infime, sans usages, indifférent pour l'économie.

Différents auteurs, en effet, au nombre desquels il faut citer Massa, Morgagni, J. Hunter, Haller, etc., avaient rencontré des sujets chez lesquels, ainsi que chez un grand nombre d'animaux, cet appendice manquait entièrement ou n'était remplacé que par un petit tubercule. D'autres, comme Portal, Zambecari, en avaient opéré, sur les animaux, la ligature et l'ablation complète, sans qu'il fût résulté de ces expériences le moindre dommage. Enfin, on l'avait maintes fois, chez l'homme, trouvé plus ou moins dilaté par des matières fécales ou des corps étrangers, sans que rien, du vivant du sujet, eût pu faire soupçonner la plus petite lésion en cet endroit.

De tels faits, on en convient, étaient bien propres à persuader que cet organe, en apparence si peu important pour l'anatomiste et le physiologiste, ne méritait pas plus d'égard, sous le rapport pathologique. Aussi existe-t-il, dans les auteurs anciens, un silence à peu près complet sur le sujet.

On s'accorde généralement en France pour attribuer à Jadelot, en 1808, la première constatation d'une lésion de l'appendice iléo-cæcal. Le fait est inexact. Déjà en 1759, Mestivier rapporte (*Journal général de Médecine et Chi-*

rurgie, T. X, p. 441) l'histoire d'un homme de quarante-cinq ans, qui se présenta à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, pour se faire traiter d'une tumeur située près de la région ombilicale, du côté droit. La tumeur était fluctuante; on l'ouvrit; il en sortit une « pinte de pus ». Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva comme point de départ de l'abcès, une épingle « toute crustacée », logée dans l'appendice vermiforme.

Dans le même journal, en 1771 (T. XXXVI, p. 515), Salques raconte qu'il a soigné un homme de vingt-quatre ans, pris d'accidents de péritonite. Une tumeur se forma dans la région iliaque droite. Après des alternatives de mieux et de pire, le malade expulsa, le quarante-sixième jour, « par les selles, tout le cæcum, avec son appendice en partie gangréné », et guérit (1).

Vient alors Jadelot, en 1808, qui eut l'occasion d'observer à sa clinique un jeune garçon de treize ans, atteint de fièvre adynamique, dont il mourut. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions de son affection entéro-mésentérique, les intestins remplis d'ascarides lombricoïdes, dont « quatre occupaient la cavité amplifiée de l'appendice, où ils étaient comme entassés (2). »

Cinq ans après, Wegeler (3) rapporte le fait suivant : Un jeune homme de dix-huit ans, de forte constitution, meurt au quatrième jour, d'une péritonite aiguë. A l'ouverture du cadavre, on reconnaît que la cause de la péritonite était la gangrène du cæcum et de son appendice, par accumulation de calculs stercoraux.

(1) Nous donnons ce dernier fait tel quel, bien qu'il nous paraisse fort étrange. En tout cas il est seul de son espèce.

(2) Jadelot. — *Bibliothèque médicale*, 1814. Obs. recueillie par Lens,

(3) Wegeler. — *Journal de Méd. chir. et pharm. de Corvisart*. 1813.

Enfin, en 1817, la *Gazette de santé* signalait un fait du même genre dans lequel les accidents avaient été déterminés par une noix de cacao.

Ce n'étaient là encore que des observations isolées, publiées comme recueils de faits, sans commentaire. Mais l'attention était éveillée et cela suffisait.

Dès 1824, Louyer-Villermay (1) rapporte, devant l'Académie de médecine, deux nouveaux cas de péritonite mortelle, suite de gangrène de l'appendice cæcal. Le premier il insiste sur la réalité de ces maladies, et fait pressentir l'importance, en pathologie, d'un organe auquel, jusque-là, on n'en attribuait aucune. Mais c'est à Mélier (2) que revient l'honneur d'avoir définitivement fixé la science sur ce point, par un travail important inséré dans le *Journal général de médecine* de 1827 (2).

Aux faits déjà publiés, il en ajoute quatre nouveaux, encore inédits. Il les analyse, les discute et, par leur comparaison les uns avec les autres, il cherche à élucider la pathogénie et la marche des accidents.

A partir de cette époque, observations et mémoires se multiplient. Dès 1844, Bodart (3) juge la question assez riche de documents pour l'étudier dans son ensemble et en fait le sujet de sa thèse inaugurale. Favre (4) l'imite en 1851.

(1) Louyer-Willermay. — Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cœcum. — *Archiv. gén. de Méd.*, 1824.

(2) Mélier. — Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cæcal. — *Journal général de Méd., Chir. et Pharm.*, 1827, t. C, p. 327.

(3) Bodart. — *Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal.* — Th. de Paris, 1844.

(4) Favre. — *Histoire des perforations spontanées de l'appendice* iléo-cæcal. — Th. de Paris, 1851.

En 1859, Leudet (1) publie, dans les *Archives générales de Médecine*, un travail très complet sur ce sujet, dans lequel il émet, entre autres conclusions, la suivante :

« La perforation de l'appendice iléo-cœcal est à elle seule plus commune que toute autre perforation d'une partie quelconque de l'intestin; elle égale, au moins, en fréquence, toutes les perforations du tube digestif prises collectivement. »

Nous citerons encore, comme étude générale, le mémoire de Forget 1853 (2), et les *Thèses de Paris* par Crouzet 1865 (3), Legrain 1875 (4), Taverney, 1876 (5).

A côté de ces travaux d'ensemble, nous devons placer ceux que nous pourrions appeler analytiques, en ce sens qu'ils tiennent pour suffisamment connue la variété des lésions de l'appendice iléo-cœcal, et s'occupent uniquement des accidents que ces dernières peuvent produire ou plutôt simuler.

A ce groupe appartiennent les thèses de Henrot 1865 (6), de Sauzède, 1871 (7), et le mémoire du professeur Duplay, 1876 (8), où ces auteurs dénoncent la péritonite généralisée par perforation de l'appendice, comme prenant le masque de l'étranglement interne.

(1) Leudet. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal. *Arch. gén. de Méd.*, 1859, 5e sér., t. XIV, p. 129.

(2) Forget. — De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1853, p. 321.

(3) Crouzet. — *Perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal.* Thèse de Paris, 1865.

(4) Legrain. — *Contribution à l'étude de l'appendice iléo-cæcal.* Th. Paris, 1875.

(5) Taverney. — *Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire.* Th. Paris, 1877.

(6) Henrot. — *Des pseudo-étranglements.* Th. Paris, 1865.

(7) Sauzède. — *Etranglement interne consécutif à la perforation de l'appendice iléo-cæcal.* Th. de Paris, 1871.

(8) Duplay. — *Arch. gén. de méd.*, 1876.

En même temps que ces divers travaux étaient publiés en France, des recherches et des observations analogues étaient faites par des médecins étrangers, tels que :

Burne, 1838 (1), Merling, 1838 (2), Albers, 1839, Volz 1843, Henoch, Bamberger 1853, Hebershon, Oppolzer, 1863, et plus récemment, With, de Copenhague 1880, et 1884.

Dans ces derniers temps la question semble avoir été mise à l'ordre du jour.

Des travaux nombreux sont publiés en Angleterre, en Allemagne et surtout en Amérique. Nous ne pouvons citer tous les noms. Il nous suffira de mentionner ceux que nous avons plus spécialement consultés : Fitz (3), R. Weir (4), Bull (5), Smith (6), Sands (7), Gaston (8), Séen (9), en Amérique; Fenwick (10), Trèves (11), West (12), en Angleterre; Matterstock (13), Mickulicz (14), Brenner (15),

(1) Burne. — Mémoire sur l'inflammation chronique et les abcès perforants du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. — *Westminster Hospital reports*, 1838. Trad. *Gaz. médicale de Paris*, 1838, p. 385.

(2) Merling. — *Anatomie pathologique de l'appendice cæcal.* — Trad. *Journal de l'Expérience*, 1838, t. I, p. 337.

(3) Fitz. — *Am. J. med. sc*, Phila 1886, p. 321.

(4) R. Weir. — *Medical Record.* N. Y., 1887, p. 652; et *Medical News.* Phil., 1889, p. 449.

(5) Bull. — *Transact. Assoc. Amer.*, 1888, t. VI., p. 388.

(6) Smith. — *J. Amer., med. assoc. Chicago*, 1888, t. X, p. 107.

(7) Sands. — *New-York med. Journal*, 1888, p. 197.

(8) Gaston. — *J. Amer. med. assoc.* Chicago, 1887, t. IX, p. 262. et 1888, t. X, p. 117.

(9) Seen. — *J. Am. med. assoc.* Chicago, 1889, p. 630.

(10) Fenwick. — *Lancet*, London, 1884, p. 987.

(11) Trèves. — *Lancet.* London, 1889, p. 267.

(12) West. — *Diseases of children.* London.

(13) Matterstock. — *In Gerhardt's Handbuch d. Kinder Krankleiten*, 1880, t. IV, p. 899.

(14) Mickulicz. — *Volkmann's Vorträge*, 1886-1887.

(15) Brenner. — *Wien. med. Wochenschrift*, 1888.

Biermer (1), en Allemagne; Krafft, (2), Gautier (3), en Suisse.

En France l'affection a été un peu négligée. Citons cependant les travaux de Nimier (4), de Broca (5), et l'excellente thèse de Pravaz, de Lyon (6).

(1) Biermer. — *Breslauer ærztliche Zeitschrift*, 1879.
(2) Krafft. — *Revue de la Suisse romande*, 20 octobre 1888 et 20 avril 1889.
(3) Gautier. — *Revue de la Suisse romande*, 15 mars 1883.
(4) Nimier. — *Arch. gén. de Méd.*, 1887.
(5) Broca. — *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1888, p. 577.
(6) Pravaz (de Lyon). — *De la périlyphlite et de son traitement*. Th. de Lyon, 1888.

STATISTIQUE

Afin de pouvoir démontrer les quelques propositions que nous avons émises au début de ce travail, nous avons réuni, pour les comparer entre elles, toutes les observations, que nous avons pu trouver, de lésions du cæcum ou de l'appendice, en dehors de tout état général grave, ayant produit des accidents similaires, à savoir des suppurations extra ou intra-péritonéales.

On sait que les premières ont été successivement appelées: tumeurs, abcès, phlegmons de la fosse iliaque, périty phlites proprement dites, les secondes n'étant autre chose que la péritonite enkystée, localisée ou généralisée. Nous avons borné notre statistique aux cas publiés en France, et nous avons cherché à la faire aussi complète et aussi exacte que possible, évitant avec soin les doubles emplois.

Il nous a été ainsi permis de réunir 136 observations, dont nous donnons plus loin une indication sommaire. Mais nous tenons à faire connaître, sans plus tarder, les résultats que nous offre leur analyse, car ils sont la base fondamentale de notre travail.

En voici le dépouillement :

Organe lésé — Appendice seul, 94 fois — Cæcum seul, 36 fois — Appendice et Cæcum, 6 fois.

Sexe : Appendice 78 hommes, 16 femmes.
Cæcum 29 — 8 —

Age: exprimé 122 fois sur 136.

	Appendice	Cæcum
Au-dessous de 10 ans	4	2
De 10 à 15 —	18	6
De 15 à 20 —	21	3
De 20 à 25 —	16	6
De 25 à 30 —	8	7
De 30 à 35 —	5	3
De 35 à 40 —	6	1
De 40 à 45 —	3	3
De 45 à 60 —	5	1
De 60 à 80 —	3	1
	89	33

Nature de la lésion. — 1° Appendice : perforation, 66 ; gangrène simple, 11 ; gangrène et perforation, 8 ; ulcération ou dilatation simples, 5 ; pas d'indication, 4.

2° Cæcum : perforation, 32 ; gangrène, 1 ; ulcération ou épaississement, 4.

3° Appendice et Cæcum : perforation ou ulcération, 6.

Conséquences de la lésion. — 1° *Péritonites,* 90 ; appendice, 80 ; cæcum, 7 ; appendice et cæcum, 1 ; qui se décomposent ainsi :

Péritonite restée localisée, 11 : appendice, 9 ; cæcum, 2.

Péritonite restée enkystée, 4 : appendice, 2 ; cæcum, 1 ; appendice et cæcum, 1.

Péritonite généralisée, 54 : appendice, 48 ; cæcum, 3 ; appendice et cæcum, 3.

Péritonite d'abord localisée, puis généralisée, 11 : appendice, 11.

Péritonite sans désignation d'étendue, 10 : appendice, 9 ; cæcum, 1.

2° *Abcès extra-péritonéal*, 33: appendice, 4; n°s 12, 44, 85, , 89; cæcum, 26.

3° *Abcès et péritonite associés*, 14: appendice, 9; cæcum, 3; appendice et cæcum, 2.

Terminaisons. — Guérison, 24; mort, 113.

1° *Guérison spontanée.* — Appendice, 3, n°s 25 et 26 (Volz), traitement par l'opium, et n° 91 (Goldschmit), traitement par la glace. Expulsion par les selles d'un calcul que l'auteur croit venir de l'appendice. — Cæcum, 13.

2° *Après opération* (incision), 8 : appendice, 1, n° 32; cæcum, 7, n°s 101, 109, 116, 119, 127, 129, 130.

Mort. — 1° *Sans opération*, 101 : appendice, 81 ; cæcum, 14 ; appendice et cæcum, 6.

2° *Après opération.* — Appendice, 10, n°s 14, 38, 39, 69, 78, 79, 87, 90, 94, 136; 4 incisions et 6 laparatomies. — Cæcum, 2, n°s 104 et 128 (abcès iliaque). Incision.

Durée. — Indiquée 97 fois sur 113 cas de mort.

Dans les premières 48 heures.....	2
Le 3e jour.....	6
Le 4e jour.	8
Le 5e jour.....	14
Le 6e jour.....	9
Le 7e jour.....	7
Le 8e jour.....	5
Le 9e jour.....	4
Le 10e jour.....	3
Le 11e jour.....	5
Du 12e au 30e jour.....	18
Au-dessus du mois.....	15

Corps étrangers. — Sur 136 cas, 59 fois il est fait mention de corps étrangers comme cause des accidents, — 57 pour l'appendice, 2 seulement pour le cæcum.

1° *Corps étrangers venant du dehors*, 18: pépins ou noyaux de fruits, haricots, épingles, arêtes de poisson, etc.

16 dans l'appendice et 2 dans le cæcum.

2° *Concrétions développées à l'intérieur*, 36: 26 de matières fécales, 8 de substance calcaire et 2 de cholestérine (calculs biliaires).

Tous dans l'appendice.

3° *Corps de nature indéterminée*, 7.

Tous dans l'appendice.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est bon de rappeler ici ce que nous disions dans notre ntroduction. L'appendice peut participer aux lésions du cæcum, dont il n'est, après tout, qu'un diverticule. On ne s'étonnera donc pas de rencontrer dans l'étiologie de l'appendiculite, nombre de causes analogues, pour ne pas dire identiques, à celles de la typhlite. Mais, avons-nous aussi ajouté, cette participation est loin d'être fatale; elle manque souvent d'un côté comme de l'autre. Y a-t-il dans l'étiologie de l'appendiculite certains points pathogéniques spéciaux qui expliquent cette séparation? C'est ce que nous allons examiner.

Nous étudierons successivement les causes prédisposantes et les causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — Elles ont trait surtout au sexe, à l'âge, à la constitution du sujet, à certains troubles des fonctions digestives, en particulier, la constipation et même la diarrhée, à l'alimentation, au genre de vie, aux maladies antérieures et aux dimensions de l'appendice.

1° *Sexe.* — Dans l'appendiculite, comme dans la typhlite, les hommes paient le plus large tribut à l'affection. Nous avons, en effet, sur 94 cas, 78 hommes et 16 femmes. Ces chiffres concordent avec ceux donnés par les auteurs pour la typhlite et l'appendiculite, réunies.

Bamberger, sur	73	cas, trouve	54	hommes et	19	femmes.
Paulier,	49	—	36	—	13	—
Pravaz, de Lyon,	392	—	295	—	97	—

Pourquoi cette différence ? On l'ignore. Rien dans la structure de l'organe examiné dans les deux sexes, ne peut l'expliquer.

2° *Age.* — Nous en dirons autant pour l'âge des sujets. Notre statistique nous donne le maximum de fréquence entre 10 et 25 ans, c'est-à-dire pendant l'adolescence et la jeunesse. Dans cette phase de la vie, nous comptons 54 cas sur 69. En dehors de cette période, la maladie diminue notablement. Elle devient très rare au-dessus de 45 ans, comme au-dessous de 10 ans.

Cette proportion est la même pour la typhlite. Nous croyons inutile de rapporter les différentes statistiques des auteurs. A peu de chose près, elles concordent avec la nôtre. D'ailleurs, elles ne sont pas aussi rigoureuses, au point de vue où nous nous plaçons, car elles embrassent toutes les lésions de l'appendice et du cæcum, quelles qu'en soient les origines.

3° *Constitution.* — Elle se présente comme corollaire des deux conditions étiologiques précédentes. C'est un fait assez remarquable que, le plus souvent, il s'agit d'individus forts et vigoureux. On peut lire, dans presque toutes les observations, cette phrase, en quelque sorte stéréotypée : « Jeune garçon ou homme de tel âge, robuste, pris subitement, en état de parfaite santé, d'une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen, etc. »

Or, il n'est pas sans intérêt de souligner que la typhlite, en dehors aussi, bien entendu, de tout état général grave

actuel, surprend volontiers ceux dont la santé a été plus ou moins compromise par des maladies antérieures.

4° *Constipation.*— La difficulté, dans l'évacuation des matières fécales, est considérée par la majorité des pathologistes comme un facteur important dans la genèse de la typhlite. Albers décrit même une forme spéciale de la maladie, sous le nom de *typhlite stercorale.* Béhier, en France, est à peu près le seul dissident à cet égard. (*Clinique de la Pitié*, 1867.) Quoi qu'il en soit de l'opinion des auteurs à ce sujet, l'influence de la constipation ne peut être niée dans l'appendiculite. Sur cinquante-neuf de nos observations où l'on signale des corps étrangers, cause des accidents, vingt-six sont constitués, presque uniquement, par de la matière stercorale durcie; ce qui ne veut pas dire assurément que toutes les concrétions fécales trouvées dans l'appendice relèvent de la constipation. Non, d'autres agents peuvent présider à leur formation, mais il n'en reste pas moins vrai que c'est là leur cause génératrice prédominante.

Beaucoup plus rarement, une *diarrhée* persistante peut, elle aussi, favoriser l'éclosion d'une appendiculite avec toutes ses conséquences. Ce fait qui paraît, au premier abord, en contradiction avec ce que nous venons de dire, nous en indiquerons le mécanisme quand nous étudierons le mode de formation des calculs stercoraux.

5° *Alimentation et exercices corporels.* — Les repas trop copieux, ceux surtout où il entre des substances grossières, indigestes, ont également une influence incontestable. Il existe nombre d'observations dans lesquelles, en présence de telles conditions, on note le début des accidents pendant les premières heures de la digestion, soit tranquille, soit troublée par une marche, un exercice intempestifs. On doit peut-

être chercher là l'explication de ce fait, pour le moins bizarre, de la fréquence beaucoup plus grande de l'appendiculite en Angleterre et en Amérique, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des publications de ces deux pays. On n'ignore pas que les Anglais et les Américains affectionnent assez la bonne chère, et que chez eux les exercices gymnastiques sont très répandus.

6° *Maladies antérieures.* — Leur rôle n'est pas à comparer à celui qu'elles peuvent jouer dans la typhlite. Cependant on conçoit très bien que des maladies telles que l'entéro-colite, la fièvre typhoïde, la dysenterie puissent laisser après elles, dans l'appendice même, des lésions qui deviendront des points de *locus minoris resistentiæ*, favorables à l'action de causes nocives ultérieures. Certains auteurs, Leudet entr'autres, ont attribué également une influence de ce genre aux fièvres éruptives.

7° *Dimension de l'appendice.* — Enfin une dernière condition étiologique prédisposante peut être trouvée dans les dimensions plus ou moins grandes de l'appendice, en particulier dans la dilatation de son orifice cæcal. On sait qu'à l'état normal, l'appendice présente des variations infinies de longueur, de forme, de calibre, etc. Habituellement court, étroit, comparable à un ver de terre, d'où son nom d'appendice vermiforme ou vermiculaire, il a son ouverture cæcale défendue par un repli valvulaire, *valvule de Gerlach*, destinée, à s'opposer à l'introduction, dans sa cavité, des corps irritants, solides ou liquides, contenus dans la portion initiale du gros intestin. Mais par une anomalie assez fréquente, qui trouve d'ailleurs son analogie en anatomie comparée, les dimensions de ce petit organe peuvent acquérir des proportions relativement considérables. On l'a vu ainsi atteindre jusqu'à

25 et 30 centimètres de longueur et présenter le volume de l'index et même du pouce. Si la barrière, située à son origine, ne s'est pas développée parallèlement, la voie sera facile pour toutes les substances nuisibles du voisinage. Cependant, il n'y a pas lieu de s'en exagérer la gravité, car, ce qui fait ici le danger est en même temps une condition de salut, les substances pouvant plus aisément sortir par où elles sont entrées.

Causes déterminantes. — Moins variées que les précédentes, elles sont en revanche beaucoup plus importantes. Leur étude se borne presque à celle des corps étrangers. Nous citerons cependant encore les efforts, les écarts de régime, qui sont plutôt des causes auxiliatrices, occasionnelles, que véritablement efficientes. Quant aux traumatismes extérieurs, qui ont été invoqués dans la production de la typhlite, leur action nous paraît plus que douteuse dans l'inflammation de l'appendice.

Corps étrangers. — C'est ici surtout qu'il existe une démarcation tranchée entre l'étiologie de la typhlite et celle de l'appendiculite.

Autant les corps étrangers sont rares dans l'une, autant ils sont communs dans l'autre. Sur 36 cas de la première affection nous ne les trouvons notés que 2 fois, soit 5 °/₀, tandis que sur 94 cas de la seconde, nous les trouvons mentionnés 57 fois, soit 65 °/₀.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont unanimes pour reconnaître leur extrême fréquence. Favre (1) va même jusqu'à dire que la perforation de l'appendice ne relève pas d'une autre cause.

(1) *Loc. citato.*

Si on n'a pas trouvé de corps étranger, dit-il, c'est qu'on ne l'a pas suffisamment cherché, ou bien, s'il s'agit de concrétions stercorales, c'est qu'elles se sont désagrégées, dissoutes, dans les liquides de la péritonite. Il y a là évidemment de l'exagération.

Ces corps étrangers sont de deux ordres : les uns venus du dehors, les autres du dedans.

Les premiers sont introduits dans l'intestin, de toutes pièces, accidentellement ou non, corps organiques ou inorganiques, qui ont résisté à l'action dissolvante du suc gastrique. Ce sont des pépins de melon, des pépins de raisin, des noyaux de prunes, de cerises, des haricots, des arêtes de poisson, des fragments d'os, des épingles, des grains de plomb, etc; jusqu'à des cheveux et des poils de brosse à dents, agissant par eux-mêmes ou devenant le noyau de calculs. Suivant la durée de leur séjour dans le tube digestif, on les trouve plus ou moins altérés et incrustés de sels calcaires.

Les seconds se forment dans l'économie et résultent, en général, de la condensation des produits excrémentitiels, ou de la précipitation saline des sucs intestinaux. Tels sont les calculs biliaires et les calculs stercoraux, ces derniers de beaucoup les plus nombreux.

Leur volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un noyau de datte. Ils ont ordinairement une forme allongée, une couleur grise ou brune. Leur consistance est tantôt dure, tantôt molle ; ils se laissent assez facilement aplatir entre les doigts, lorsqu'ils sont frais, et sont friables à l'état sec. A la coupe, on y distingue, assez souvent, des couches concentriques et rayonnées, de couleur alternativement brune ou grise. Le centre est parfois occupé par un noyau,

portion de mucus desséché ou petit corps étranger venu du dehors.

L'analyse chimique des calculs stercoraux a montré qu'ils étaient composés, en quantité variable, de matières azotées, de matières grasses, de chaux, à l'état de carbonate ou de phosphate, de magnésie, surtout du phosphate ammoniaco-magnésien, et de chlorure de sodium.

Les calculs biliaires sont, en majeure partie, constitués par de la cholestérine.

Les vers intestinaux, ascarides lombricoïdes, que l'on a plusieurs fois signalés comme cause de perforation de l'appendice, ne nous paraissent pas devoir être toujours rangés parmi les causes de l'appendiculite. Un certain nombre d'observations, en effet, ne mentionnent pas à leur actif de lésion ulcérative de la muqueuse, ni d'inflammation péritonéale, après leur passage à travers les parois de l'appendice. Le malade de Jadelot (1) est mort de fièvre typhoïde ; celui de Becquerel (2), d'entérite cholériforme, sans trace ni l'un ni l'autre de péritonite. Il est probable que, dans ces cas, le passage de ces helminthes dans la cavité séreuse, n'a lieu qu'après la mort. Cependant il existe quelques autopsies où pareille cause ne peut être révoquée en doute.

Il est intéressant de se demander quelle est la fréquence relative des deux ordres de corps étrangers. La majorité des pathologistes se prononce en faveur des concrétions fécales.

Matterstock (3), sur 146 cas, compte :

Concrétions stercorales. . .	63
Corps étrangers proprement dits.	9

(1) Jadelot. — *Loc. citato.*
(2) Becquerel. — *Butt. soc. anat.* 1840, t. XV, p. 354.
(3) Matterstock. — *Loco citato.*

Krafft, sur 106 cas (*loc. citato*)

Concrétions stercorales . . .	36
Corps étrangers	4

Fitz, sur 237 (*loc. cit.*) :

Boulettes fécales	118
Corps étrangers	30

Fenwich est le seul qui donne des proportions inverses ; sur 115 cas, il trouve :

Boulettes fécales . . . ,	14
Corps étrangers	55

Nous pensons que son opinion ne peut prévaloir sur celle des auteurs précédemment cités, d'autant mieux que nous-même avons trouvé des chiffres analogues aux leurs; sur 94 cas :

Concrétions fécales. . . .	34
Corps étrangers	16

C'est également l'avis de Biermer, qui écrivait déjà, en 1879 (*Breslauer œrzliche zeitschrift, 1879, p. 125*) : « La périty phlite est toujours la suite d'une perforation appendiculaire causée par une concrétion stercorale. »

Pour nous résumer, nous dirons que la seule étiologie, vraiment spéciale à l'appendiculite, se trouve dans le rôle considérable que jouent ici les corps étrangers.

Voyons maintenant quel est le mode de formation des concrétions fécales et comment agissent les corps étrangers en général.

On peut assigner aux calculs stercoraux une double origine. Les uns prennent naissance directement dans la cavité même de l'appendice. Ils résultent de la solidification des produits glandulaires de la muqueuse, ou des matières fécales liquides, contenues dans sa cavité et dont la diarrhée a pu

favoriser la pénétration. Les autres, de beaucoup les plus nombreux, se forment dans la dernière portion de l'intestin grêle ou dans le cæcum. La constipation est leur agent le plus puissant.

A l'état normal, la valvule de Gerlach s'oppose à leur entrée dans le diverticule du cæcum. Mais viennent des circonstances qui, diminuant la capacité du cæcum, poussent, compriment fortement son contenu dans tous les sens, telles, par exemple, que des contractions péristaltiques et antipéristaltiques plus énergiques, souvent répétées, telles encore que des efforts plus ou moins longtemps soutenus, viennent, dis-je, ces circonstances ou d'autres analogues, la barrière pourra être forcée et le corps étranger fera irruption dans l'appendice.

Une fois introduit, concrétion fécale ou autre, s'il réunit des conditions suffisantes de volume et de dureté, il traduira immédiatement, brusquement, sa présence par les accidents les plus graves. Et ici, nous ne croyons pas qu'il soit besoin, pour que ces accidents se produisent, d'attendre la péritonite ou la perforation. La seule pression exercée sur la muqueuse suffit. Ne voit-on pas l'intestin ou l'appendice, herniés, témoigner, l'un et l'autre, leur souffrance par les symptômes ordinaires de l'étranglement, avant que la constriction qu'ils subissent par l'anneau fibreux, ait eu le temps de déterminer, dans leurs parois ou dans le voisinage, des lésions appréciables. Constriction interne ou externe, le résultat est le même et se résume dans l'irritation des plexus nerveux.

Si le contraire a lieu, si, dès le principe, le corps étranger est trop petit, de deux choses l'une : ou bien, il restera toujours dans le même état, et l'appendice tolérant pourra le conserver indéfiniment, sans se plaindre, ou le rendre au

cæcum ; ou bien, il s'accroîtra progressivement sur place, par l'adjonction de couches successives et arrivera tôt ou tard à produire les mêmes effets que précédemment. Mais il y arrivera lentement, par étapes, chacune d'elles pouvant être marquée par quelque crise douloureuse passagère, sans gravité, que l'on mettra sur le compte de toute autre cause.

Il est même possible qu'un certain nombre de soi-disant typhlites à répétition ne soient autre chose que la manifestation d'une étape de ce genre, s'accompagnant d'une légère réaction inflammatoire du côté de l'appendice et du péritoine. Nous tenons cependant le fait assez rare, car sur cent douze autopsies où nous avons fait l'examen minutieux des organes en question, deux fois seulement nous avons constaté des traces de péritonite adhésive autour de l'appendice seul, tandis que, sur le même nombre d'examens cadavériques, nous avons trouvé seize fois le cæcum complètement adhérent. Nous ne partageons donc pas l'avis du professeur With (1) de Copenhague, lequel prétend que toutes les typhlites terminées par la résolution ne sont autre chose que la première phase de l'appendiculite, qu'il désigne sous le nom de péritonite appendiculaire adhésive. Notre opinion est que, dans la très grande majorité des cas, du moment où l'appendiculite commence, comme affection primitive, elle parcourt très rapidement, d'un seul jet, toutes ses périodes : ulcération, gangrène, perforation, avec toutes leurs conséquences.

On comprend très bien le mécanisme de la lésion lorsqu'elle débute au point même où la pression est exercée par le corps étranger. L'obstacle à la circulation sanguine en supporte tous les frais. Mais l'explication est moins claire, lorsque cette lésion prend naissance à une distance plus ou

(1) With. — *Loc. cit.*

moins grande du corps du délit. M. Talamon (1) pense que dans ces cas le corps étranger joue seulement un rôle indirect. Comme toujours, il agit en ralentissant la circulation et par suite la vitalité des parois de l'appendice; mais l'action vulnérante principale serait due à la pullulation des bactéries intestinales dans l'épaisseur de ces parois, privées de leur résistance vitale. C'est ce qu'il appelle la *typhlite perforante*. Cette théorie est très plausible.

Que dire maintenant des cas où il existe une ulcération, une perforation ou gangrène de l'appendice, sans trace de corps étranger? On ne peut évidemment, dans ces conditions, invoquer une déchéance vitale primitive des parois par obstacle à la circulation, déchéance qui favoriserait le travail destructeur des microbes. Certains auteurs ont alors comparé la marche de la perforation de l'appendice à celle de l'ulcère rond de l'estomac. N'y aurait-il pas aussi quelque condition pathogénique analogue ? Nous n'avons aucune donnée à cet égard.

D'après Lebert (2), la perforation ne serait pas due, la plupart du temps, à l'action des corps étrangers, mais à une inflammation diphthéritique, et probablement à la chute d'eschares. Il explique ainsi la plus grande fréquence de cette maladie entre dix et vingt-cinq ans. Ce que nous avons développé plus haut, montre que cette manière de voir ne répond pas à la généralité des faits. Quant à la gangrène, elle lui paraît plutôt une des conséquences de la diphtérite et de l'inflammation péricæcale consécutive à la perforation, qu'une affection primitive. Toutefois, ajoute-t-il, les causes mécaniques peuvent la provoquer.

(1) Talamon. — *Bull. soc. anat.* 1882.
(2) Lebert. — *Anat. path.* 1861. T. II, p. 228.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas à faire ici la description anatomo-pathologique de toutes les inflammations ou produits d'inflammation que peut entraîner l'appendiculite. La phlegmasie du péritoine, la phlegmasie du tissu cellulaire sous-péritonéal sont choses banales, qui ne doivent pas nous retenir. Nous n'insisterons que sur les points saillants, en quelque sorte spéciaux à la maladie qui nous occupe.

Et tout d'abord, un point que nous tenons à bien mettre en relief, c'est le siège des lésions. Dans la très grande majorité des cas, les lésions consécutives à l'appendiculite sont et restent intra-péritonéales. Elles se traduisent par de la péritonite, soit enkystée ou localisée, soit plus souvent encore généralisée. Ce n'est que dans des cas relativement rares que l'on rencontre un abcès extra-péritonéal. Ce fait résulte de notre statistique. Sur un total de 94 cas d'appendiculite, nous trouvons 80 péritonites, et seulement 5 abcès extra-péritonéaux. Les autres cas, au nombre de 9, sont complexes et présentent simultanément abcès et péritonite.

Weir donne des résultats analogues. Sur cent autopsies, il trouve : 85 péritonites et seulement 4 abcès en dehors du péritoine; les dix autres cas n'ont pas de désignation. Tel est également l'avis de With, de Bartholow, de Fitz et de la plupart des auteurs. Certains d'entre eux, en particulier Fitz, vont même jusqu'à prétendre que, dans tous les cas, les lésions sont primitivement *intra-péritonéales*. D'un autre

côté, Sands affirme que toutes les fois qu'à la suite d'une lésion de l'appendice ou du cæcum, il existe une tumeur circonscrite, celle-ci est toujours *extra-péritonéale*. Il y a là évidemment de l'exagération, de part et d'autre. S'il est vrai que les lésions de l'appendice entraînent le plus souvent des processus, qui évoluent dans la cavité même du péritoine, il est non moins constant que ces processus peuvent parfois se produire en dehors de cette dernière, ainsi que les observations en font foi. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de MM. Cornil et Lannelongue (1). Il y a plus, les mêmes auteurs qui croient au siège toujours intra-péritonéal des lésions, sont d'avis que tout ce que l'on a appelé jusqu'ici *périty phlite*, *abcès périty phlitique* et même *typhlite*, relève d'une seule cause, l'inflammation ou la perforation de l'appendice. C'est là encore une exagération, dont l'étude attentive des cas fait promptement justice. Si nous admettons que les suppurations qui succèdent à une lésion de l'appendice sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense d'ordinaire, qu'elles revendiquent bon nombre des accidents qui ont été attribués au cæcum, nous nous empressons aussi d'affirmer que les deux affections existent réellement : les observations sont là pour le prouver. Nous croyons seulement qu'il est de toute nécessité d'affirmer l'indépendance et l'autonomie réelle de ces deux processus, que l'on doit désormais décrire à part avec l'importance que chacun d'eux mérite. Il ne faut pas oublier aussi que parfois (6 sur 136), appendice et cæcum se réunissent pour produire les accidents.

Si nous nous en rapportions aux faits que nous avons rassemblés, nous devrions admettre que la péritonite localisée, cir-

(1) *Gazette hebdomadaire*, Paris, janvier 1883.

conscrite, est peu commune. Sur quatre-vingts péritonites attribuées à l'appendice, onze seulement sont localisées, c'est-à-dire n'ont pas atteint toute l'étendue de la séreuse péritonéale; et sur ces onze, il ne s'en trouve que deux manifestement enkystées. Les auteurs donnent une proportion plus grande : 22 sur 90, d'après Weir. Mais nous reconnaissons qu'un certain nombre de nos observations ne contiennent pas des détails suffisants sur l'état plus ou moins circonscrit, plus ou moins enkysté des lésions. Plusieurs d'entre elles, par exemple, se bornent à mentionner que ces dernières sont plus marquées vers la fosse iliaque droite, où il existe un foyer, mais sans préciser davantage. Nous sommes donc tenté de croire que la péritonite enkystée est plus fréquente que ne l'indique notre statistique.

Il y a encore une autre raison à cette divergence. Les auteurs auxquels nous faisons allusion, envisagent toutes les appendiculites, quelles que soient leurs causes, tandis que nous, nous ne visons que celles qui surviennent chez l'homme sain, en dehors, avons-nous dit, de tout état actuel grave. Or, on sait que les ulcérations typhiques, et surtout dysentériques tuberculeuses ou cancéreuses, qui peuvent donner lieu à de pareils accidents, ont en général une évolution lente, permettant aux adhérences salutaires de se produire.

Cette remarque n'est pas aussi oiseuse qu'on pourrait le penser tout d'abord, car la gravité des accidents dépend des limites plus ou moins tranchées, des barrières plus ou moins affirmées de la lésion. De fausses membranes minces, sans cohésion, qui circonscrivent un foyer purulent, se laisseront beaucoup plus facilement ulcérer ou rompre que des parois épaisses et résistantes. Par suite, le danger sera grand de voir survenir, tout à coup, les accidents si redoutables de la

péritonite généralisée, que l'on avait pu croire un moment écartés.

Enfin on rencontre parfois, en même temps qu'une péritonite, un abcès sous-péritonéal, lequel peut être primitif ou secondaire. Dans ces cas, 9 sur 94, il y a ulcération plus ou moins grande de la séreuse.

Pour nous résumer, nous dirons que les lésions de l'appendiculite présentent trois variétés principales : la *péritonite généralisée,* la *péritonite localisée,* partielle, enkystée, ou circonscrite, comme on voudra, et l'*abcès sous-péritonéal ;* la première étant la plus fréquente.

Ajoutons que, dans le cours de cette affection, on peut voir survenir, à titre de complication, une *pyléphlébite suppurative,* avec abcès de foie, pyléphlébite prenant naissance au niveau même de la lésion appendiculaire. Nous nous bornons, pour le moment, à mentionner le fait, sans nous y étendre davantage.

Nous ne voulons pas, également, nous attarder à décrire les altérations de l'appendice lui-même. Elles sont bien connues. Cet organe peut être perforé, gangrené, ulcéré, dilaté.

Toutes ces lésions peuvent être simples ou se combiner de manière à constituer des lésions multiples et complexes. La plus commune, dans une large mesure, est la *perforation.* On peut en juger par notre statistique.

Leurs dimensions varient depuis l'étendue de quelques millimètres, jusqu'à la section ou la gangrène complète.

Leur siège doit cependant nous arrêter un instant. D'ordinaire, c'est au voisinage de la pointe qu'elles existent. Plus rarement, elles sont assez près de l'extrémité supérieure pour empiéter sur le cæcum. Nous n'en avons pas fait le dénombrement, et, par suite, nous ne pouvons donner des

chiffres précis. Mais c'est l'impression qui nous reste des lectures que nous avons faites. C'est d'ailleurs aussi l'opinion des auteurs.

Le corps étranger, si souvent cause du mal, est situé dans la cavité de l'appendice, parfois à une certaine distance de la lésion, le plus ordinairement en contact direct avec elle.

Il est alors plus ou moins engagé dans la perforation. Parfois il est tombé dans le foyer purulent, où on le retrouve égaré au milieu du pus et des fausses membranes.

L'appendice, dont les paroissont plus ou moins infiltrées, épaissies, peut contenir en outre des matières liquides, pultacées, et du pus en quantité variable, d'un gris noirâtre et fétide.

Nous aurons terminé tout ce qu'il y a d'important à connaître dans cette histoire anatomo-pathologique, lorsque nous aurons ajouté que la péritonite appendiculaire participe au caractère général, si grave, des péritonites par perforation intestinale, je veux parler de leur septicité, dont l'agent véritable serait, pour Laruelle, le *bacillus coli commune*.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est difficile de donner une description générale pouvant s'adapter à tous les cas. La maladie que nous étudions comporte, en effet, trois formes cliniques principales qui ne sont souvent que des degrés différents de la même maladie, mais qu'il est important de séparer, tant au point de vue du pronostic que du traitement. Il serait superflu toutefois de tracer le tableau complet de chacune d'elles; nous risquerions fort de nous répéter.

Nous nous contenterons donc d'exposer, dans une rapide esquisse, ce qui se passe le plus communément, puis reprenant chaque symptôme en particulier, nous indiquerons ses différentes modalités, et alors, dans un chapitre à part, en signalant les formes cliniques elles-mêmes, nous grouperons autour d'elles les symptômes spéciaux capables de les distinguer.

Un homme jeune, vigoureux, bien portant, est pris subitement, sans prodrome, au milieu de son travail, de ses jeux, ou pendant la nuit, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées et de vomissements. Le sujet, qui, un instant auparavant, pouvait encore vaquer à ses occupations, est obligé de prendre le lit. Il souffre horriblement, il est agité et d'autant plus inquiet qu'il a été pris à l'improviste. Sa langue est sèche, pâteuse. Une soif ardente le torture, mais il ne peut la satisfaire, les vomissements sont là de plus en plus fréquents, qui ne lui laissent aucun repos.

En même temps les selles se sont supprimées, et malgré les épreintes douloureuses qu'il éprouve, il n'arrive à aucun résultat efficace. Si on l'examine, après vingt-quatre, quarante-huit heures, on peut déjà constater, au niveau de la fosse iliaque, une tuméfaction nettement circonscrite, plus souvent mal limitée, diffuse, plus ou moins rénitente, très sensible à la pression, mate à la percussion, sans changement de couleur à la peau, au centre de laquelle une main exercée pourra quelquefois sentir une fluctuation profonde. Les accidents se succèdent et s'entremêlent avec la plus grande intensité. La douleur, qui un moment avait paru se calmer, a repris avec une nouvelle violence. D'abord localisée au côté droit du ventre, elle n'a pas tardé à se diffuser et à envahir toute l'étendue de l'abdomen. Les vomissements, après avoir été simplement alimentaires ou muqueux, se montrent bilieux, verdâtres, porracés.

La constipation ne cède qu'à des purgatifs répétés, et encore d'une façon presque insignifiante, sans aucun soulagement pour le patient. Parfois, elle est tellement opiniâtre qu'elle résiste à tous les moyens destinés à la combattre.

Ce symptôme joint au ballonnement du ventre devenu excessif, aux vomissements devenus parfois fécaloïdes, fait penser à un étranglement interne ou à une obstruction intestinale. Sur ces entrefaites, l'état s'aggrave progressivement. Le malade fatigué, épuisé, tombe dans un état profond d'abattement. Sa figure s'altère, ses yeux s'excavent et se cernent, tout son corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse. Son pouls devient petit, filiforme, les hoquets apparaissent; et il meurt bientôt, quelquefois au milieu d'un léger subdelirium, le plus souvent en conservant jusqu'à la fin son intelligence intacte.

Le tout a évolué en quatre, cinq, huit jours au plus, en moyenne, pendant lesquels la température s'est élevée à 39 et 40°.

Il n'y a assurément dans ce tableau rien de bien caractéristique. Sauf quelques nuances, on peut le rencontrer dans d'autres inflammations abdominales qui ne relèvent nullement d'une perforation de l'appendice. Mais reprenons les symptômes les uns après les autres, examinons toutes leurs modalités cliniques, peut-être y trouverons-nous, par leur comparaison avec ceux d'autres maladies, quelque indice de nature à faciliter le diagnostic.

Le début, marqué quelquefois par un frisson, est, avons-nous dit, brusque, sans prodromes; c'est en effet ce qui survient dans la majorité des cas, mais, dans quelques circonstances, les malades racontent que depuis deux ou trois mois, depuis un an, même, ils avaient de la tendance à la constipation, interrompue par de la diarrhée, phénomène auquel, du reste, ils n'attachaient aucune importance, leur santé n'en étant nullement altérée. Parfois aussi, ils se rappellent avoir déjà éprouvé à plusieurs reprises quelques coliques, quelques douleurs sourdes du côté de la fosse iliaque, mais assez insignifiantes pour ne point les arrêter dans leurs occupations habituelles; en tout cas, rien à mettre en parallèle avec ce que l'on a coutume d'observer dans les cas de typhlite à répétition.

Enfin dans quelques circonstances rares, les malades éprouvent, depuis quelques jours, un malaise indéfinissable, s'accompagnant de faiblesse générale, de céphalalgie, de perte d'appétit, phénomènes assez marqués parfois pour simuler et faire craindre l'invasion d'une fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit du début, avec ou sans prodromes, pré-

cédé ou non de symptômes généraux, ce qui le caractérise c'est sa soudaineté, son instantanéité.

La maladie, une fois confirmée, s'affirme par deux symptômes principaux qui ont besoin d'être mis en relief, la douleur et la tuméfaction originaires de la fosse iliaque.

Douleur. — Elle est constante et apparaît le plus souvent à la suite d'un écart de régime, quelques heures après le repas, à l'occasion d'un effort, d'une marche un peu hâtive, d'une fatigue quelconque, quelquefois même sans cause bien appréciable. Elle est vive, lancinante, déchirante, avec paroxysmes aigus qui arrachent des cris au malade. Parfois cependant, elle est sourde, obtuse, profonde, et n'acquiert que graduellement, en deux ou trois jours, son intensité habituelle. Dans ce cas, elle n'apparaît point spontanément et demande à être révélée par la palpation. Partie de la fosse iliaque, elle s'irradie vers le pli de l'aine, vers le pubis, à l'ombilic, à l'épigastre, dans le flanc droit, vers les parties génitales, ou bien, si elle paraît naître en ces divers points, ce qui pourrait donner le change, elle ne tarde pas à se faire sentir et à se localiser dans la région cæcale, vers le milieu d'une ligne qui réunit l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'angle du pubis.

Elle ne reste d'ailleurs pas longtemps circonscrite en cet endroit; rapidement elle se diffuse, elle se propage aux parties voisines, d'abord à la partie droite du ventre et bientôt à toute l'étendue de l'abdomen, conservant toujours un maximum au niveau de son foyer primitif. A ce moment, le malade est cloué dans son lit, dans le décubitus dorsal le plus complet. Son visage exprime la plus vive souffrance. Il redoute la plus légère exploration, la plus petite secousse. A l'inverse de ce que l'on rencontre si communément dans

la typhlite, ou les abcès iliaques, il est rare de constater la flexion forcée de la cuisse sur le bassin. Cela se conçoit aisément. L'inflammation étant, dans la majorité des cas, toute péritonéale, les organes éloignés de la séreuse, tels que les muscles psoas et iliaque et les nerfs qui les traversent, ne sont nullement touchés et n'ont aucune bonne raison pour témoigner leur irritation. D'ordinaire, la douleur est continue, avec intensité toujours croissante. On l'a vue cependant présenter quelques rémissions, mais qui sont toujours temporaires. Le calme qui survient parfois à une période déjà avancée de la maladie, en général de mauvais augure, présage une fin prochaine.

Tuméfaction. — Si on explore la région douloureuse, on peut déjà, après 24 ou 48 heures, constater, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction de volume variable, circonscrite et nettement limitée, plus souvent étalée, sans contours bien précis, plutôt sorte d'empâtement que véritable tumeur. Du reste, pas de changement de couleur à la peau, pas trace d'œdème ni de dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Vient-on à pratiquer la percussion, celle-ci, suivant les cas ou les moments, donnera des résultats absolument différents, capables au premier abord d'éveiller des doutes sur la réalité d'une collection purulente. En effet, on reconnaîtra tantôt une diminution notable de la sonorité, pouvant aller jusqu'à la matité complète, tantôt, au contraire, une exagération de la sonorité normale. A la place d'un son plus ou moins obscur qu'on attendait, on trouvera un son clair hydroaerique. Il y a là une surprise qui ne doit point troubler. Ce son clair est dû non à l'interposition d'une anse intestinale dilatée, mais à la présence, dans la tumeur, d'une certaine quantité de gaz, provenant directement de l'intestin par

exosmose et mieux par effraction, ou résultant de la décomposition du liquide lui-même. On pourra quelquefois observer successivement ces deux ordres de phénomènes chez le même sujet, si l'examen est fait à une époque d'abord rapprochée, puis éloignée du début des accidents. Le fait en soi est bien connu; mais ici comme ailleurs, il montre qu'on aurait tort de s'en tenir uniquement aux données de la percussion pour affirmer l'absence du pus et différer, pour ce motif, une intervention. C'est alors qu'on aura recours avec avantage à un autre moyen d'investigation que l'on ne doit jamais oublier, je veux parler du *toucher, rectal* chez l'homme, *vaginal* chez la femme. Combiné au palper, le toucher renseignera sur les rapports, les dimensions et le degré de maturité du foyer, dont il affirmera ainsi l'existence, dans les cas où les autres moyens resteraient insuffisants.

L'apparition de la tumeur n'est pas toujours aussi précoce. Souvent elle n'apparaît que le 3e ou 4e jour. Parfois même, elle est à peine appréciable, masquée qu'elle est par le développement rapide de tout le ventre. Les cas, où elle se montre le plus nette, sont évidemment ceux dans lesquels il y a péritonite enkystée ou abcès sous-péritonéal. Dans ce dernier cas, la tumeur est en tout semblable à celle de la *périty phlite proprement dite,* dont elle suit l'évolution. Nous n'avons pas à y insister. En toute autre circonstance, avons-nous dit, il y a simple empâtement plutôt que véritable tumeur.

Vomissements. — Dans l'ordre chronologique, les vomissements, comme la constipation, devraient être placés avant la tuméfaction localisée du ventre, car ils apparaissent en général en même temps que la douleur, mais leur importance, quoique très grande, n'est ici que secondaire;

aussi avons-nous pensé qu'il valait mieux en retarder la description.

Lorsqu'ils surviennent après les repas, on les met volontiers sur le compte d'une surcharge gastrique. Il n'est pas rare de rencontrer dans les observations cette phrase que l'on souhaiterait dire vrai : « On croit d'abord à une indigestion. » La répétition de ce symptôme et surtout sa persistance obligent bientôt à réformer ce diagnostic trop prématuré. Après avoir été simplement alimentaires, les vomissements ne tardent pas à devenir bilieux, puis verdâtres, porracés, et il est impossible de méconnaître l'existence d'une péritonite. Ils se montrent incessants, et ne se calment par aucun des moyens usuels, glace, potion de Rivière, opium, etc. C'est un des symptômes qui causent le plus de fatigue au malade, et effraient le plus son entourage.

L'épouvante est encore bien plus grande lorsque ces vomissements prennent l'aspect fécaloïde, lequel éveille tout de suite l'idée d'un étranglement interne. Tout concourt alors à étayer ce soupçon : le malade éprouve de violentes coliques, comme des tranchées ; il n'est pas allé à la selle depuis le début des accidents, enfin le ballonnement est devenu considérable. En pareille occurrence, le diagnostic paraît s'imposer; on croit à un étranglement interne, à une obstruction intestinale, à un volvulus, là où il n'existe réellement qu'un de ces pseudo-étranglements, si bien décrits par Henrot. Nous devons toutefois à la vérité, de dire que les vomissements peuvent, dans quelques cas rares, manquer totalement ou n'apparaître qu'à une période tardive de la maladie.

Constipation. — Avec les vomissements, un autre symptôme non moins important est la constipation. En général, dès que les accidents se déclarent, les selles, qui

avaient été jusque-là plus ou moins régulières, se suppriment. L'intestin est en quelque sorte frappé de stupeur. Cette constipation dure 2, 3, 4 jours ; elle est opiniâtre et résiste souvent aux évacuants ordinaires. Il arrive même, parfois, qu'elle est assez tenace, assez complète pour faire pencher, comme nous l'avons vu, vers le diagnostic d'étranglement interne ou d'obstruction intestinale. Qu'elle soit alors due à une paralysie de l'intestin, comme le veulent les uns, à une coudure sur le trajet de cet organe, comme le veulent les autres, ou encore à la compression du cæcum par le pus ou les fausses membranes, il est juste cependant de faire remarquer qu'elle arrive bien rarement à être absolue. Nombre d'observations où ce diagnostic a été porté, mentionnent que les malades avaient encore, à la suite de purgatifs, quelques petites selles diarrhéiques, avec émission de gaz. Ces évacuations, assurément très peu abondantes, et nullement efficaces pour le soulagement du malade, indiquent néanmoins que l'intestin est encore perméable, et doivent servir à faire éviter l'erreur.

La stase des matières n'est du reste pas le seul mode par lequel l'intestin manifeste sa souffrance. Celle-ci peut encore être marquée par un phénomène tout opposé, la *diarrhée*, laquelle peut être la simple continuation d'un état morbide antérieur ou apparaître dès l'origine et par le fait même des accidents. Et, chose curieuse, cette diarrhée, une fois installée, persiste habituellement pendant toute la durée de la maladie.

État de l'abdomen. — On peut rapprocher de cette irrégularité dans la circulation des matières, ce que l'on observe du côté du volume du ventre. Ainsi, il arrive parfois que l'abdomen, au lieu d'être tuméfié localement ou ballonné dans son ensemble, est au contraire déprimé, rétracté, creusé

en bateau, comme cela existe dans la méningite tuberculeuse ou mieux dans la colique saturnine. Les muscles de la paroi antérieure sont tendus, contracturés, ce qui augmente encore la difficulté de l'exploration. Mais, à l'inverse de la diarrhée, cet état, qui est en somme exceptionnel, après avoir persisté pendant deux ou trois jours finit par céder, et le ballonnement reprend ses droits. Celui-ci, phénomène du début ou de la fin, présente en général des proportions moyennes. Il peut toutefois devenir excessif au point d'entraver la respiration et d'accentuer, par l'asphyxie qu'il détermine, la gravité de la maladie. A un autre point de vue, ce symptôme peut encore être très préjudiciable au malade. En effet, par la tension intra-abdominale qu'il occasionne, le ballonnement gêne la palpation. Il gêne également la percussion par le tympanisme exagéré qui l'accompagne, double cause d'erreur qui pourra faire égarer le diagnostic. C'est ici surtout qu'il ne faut pas négliger le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, dont l'emploi peut être de la plus grande utilité.

Tels sont les symptômes objectifs ou locaux qui nous ont paru mériter une mention particulière. Les suivants, la plupart symptômes généraux, sans importance spéciale dans l'espèce, peuvent être indiqués plus sommairement.

Pendant que tous ces phénomènes se déroulent, l'état général s'aggrave rapidement. Le malade, torturé par la douleur, épuisé par les vomissements, tombe dans un état de prostration des plus marqués. Sa langue, rendue sèche par le tarissement de toutes les sécrétions glandulaires de la muqueuse buccale, est couverte d'un enduit épais, coloré par la bile. Malgré sa soif ardente, il évite toute espèce d'ali-

ments tant liquides que solides, dans la crainte de rappeler aussitôt nausées, hoquets et vomissements.

Sa respiration est devenue courte, accélérée, son pouls qui s'était maintenu à quatre-vingt-dix ou cent pulsations devient petit, filiforme. Une sueur visqueuse l'envahit de la tête aux pieds ; des marbrures, signe d'une hématose insuffisante, se montrent sur toute la surface des téguments; ses extrémités se réfroidissent, ses yeux s'excavent et se cernent de plus en plus, toute sa figure enfin revêt cette expression, si douloureuse à voir, de toutes les inflammations abdominales graves, connue sous le nom de facies grippé, facies hippocratique. Dans certaines circonstances, les accidents paraissent s'amender; le malade est plus calme, il souffre moins, ou plutôt il sent moins sa douleur ; les vomissements s'arrêtent ou s'éloignent, on s'apprête à espérer. Mais il n'y a là qu'une rémission trompeuse; la mort survient quelques heures après, par asphyxie progressive ou par syncope.

Au milieu de tout ce cortège symptomatique, la miction est restée en général facile; parfois cependant il existe une dysurie des plus pénibles, signe de l'envahissement des parois vésicales par le processus inflammatoire. Cette dysurie peut être assez marquée quelquefois pour donner le change, et faire croire à une affection vésicale qui n'existe pas. Dans tous les cas, les urines sont rares, fortement colorées, et sédimenteuses. Quelques auteurs y ont signalé la présence de l'albumine.

Quant à la fièvre, elle est subcontinue et ordinairement intense. La température s'élève à 39°, 40° et au delà, avec une rémission matinale qui atteint à peine un degré, la courbe thermométrique terminée ou non par une ascension agonique.

FORMES CLINIQUES — MARCHE — DURÉE ET TERMINAISONS

On doit distinguer, avons-nous dit, dans l'entité morbide désignée sous le nom générique d'appendiculite, trois formes cliniques principales, qui correspondent, du reste, à trois variétés de lésions anatomiques parfaitement tranchées.

L'une est caractérisée par l'inflammation, dès le principe, franche et large, de la séreuse péritonéale; c'est la *forme à péritonite d'emblée généralisée.* — L'autre est celle dans laquelle le péritoine n'est atteint que partiellement, où les lésions ont une tendance naturelle à rester circonscrites; c'est la *forme à péritonite localisée ou enkystée.* — La troisième, enfin, est constituée par les cas où, grâce aux adhérences antérieures de l'appendice, l'inflammation se développe non plus dans la cavité péritonéale, mais en dehors d'elle, dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, laissant la séreuse à peu près intacte; c'est la forme sous-péritonéale, extra-péritonéale, que nous appellerons : *forme à abcès péri-typhlitique* (1). La description précédente a trait presque uniquement aux deux premières.

Forme à péritonite généralisée. — C'est la plus grave et malheureusement la plus fréquente : 57 fois sur 90 d'après Weir, 48 fois sur 94 d'après notre statistique. Elle a de grandes analogies avec les autres péritonites du même genre, résultant de la perforation d'un organe autre que

(1) Ces deux dernières formes sont désignées par *Krafft*, sous le nom de *périlyphlite appendiculaire stercorale perforatrice.* (Revue de la Suisse romande, 1889).

l'appendice. A elle appartient un début soudain, sans prodromes, avec douleur extrêmement vive, rapidement étendue à tout l'abdomen, parfois syncopale. Il n'y a pas d'empâtement ou à peine, encore moins de tumeur, mais un ballonnement généralisé. Partout du tympanisme, sauf cependant dans les cas où il existe un épanchement considérable de liquide purulent. Il peut exister, alors, de la matité dans les deux fosses iliaques et à la région hypogastrique. Les nausées, les vomissements se répètent sans relâche, et la constipation est opiniâtre. C'est dans ces cas surtout que l'on a cru à l'étranglement interne.

La marche est progressive, sans rémission, la durée courte. La mort arrive le 2e 3e 4e jour, bien rarement au delà du huitième

Forme à péritonite localisée ou enkystée. — Beaucoup moins commune que la précédente : 22 sur 90 d'après Weir; 11 sur 80, d'après notre statistique. Ici le début est plus souvent accompagné de prodromes. La douleur y est aussi vive, mais elle est plus localisée, moins diffuse. Son signe vraiment distinctif est la présence, au voisinage de la fosse iliaque droite, d'une tumeur ou d'un empâtement plus ou moins appréciable par les moyens ordinaires, l'inspection, la palpation, la percussion et le toucher rectal ou vaginal, comme nous l'avons dit. Les vomissements sont, peut-être, moins fréquents que dans la première forme, mais la constipation est souvent tout aussi persistante. L'évolution est moins rapide. Il n'est pas rare d'observer, le deuxième ou troisième jour, une rémission de 12 ou 24 heures due sans doute à l'obstacle que les fausses membranes opposent à la marche envahissante du processus inflammatoire. Par suite, la durée est plus longue, 12, 15 jours et plus.

La mort, aussi, est loin d'être fatale, surtout si l'on inter-

vient à temps. La guérison spontanée a lieu par l'ouverture du foyer à l'extérieur, soit directement à travers les parois abdominales, soit dans un organe creux, l'intestin, la vessie, ou le vagin.

Ajoutons que dans ces deux formes de péritonite, les symptômes se modifieront suivant qu'il s'agira d'une variété plus ou moins plastique ou exsudative.

Forme à abcès périty phlitique. — C'est la variété la plus bénigne, mais ausssi la plus rare : quatre fois seulement sur quatre-vingt-quatorze, d'après notre statistique. Elle se confond, comme signes, avec la périty phlite proprement dite. Elle en a les symptômes, la marche, les terminaisons. Il est impossible de l'en distinguer. Son histoire est par là même bien connue ; nous nous bornons à la signaler.

Toutes ces formes peuvent du reste se combiner. Au cours d'une péritonite généralisée ou localisée, on verra apparaître, par suite de l'ulcération de la séreuse, au niveau du foyer originel, les symptômes d'un abcès périty phlitique, avec fusées s'étendant derrière le rein, jusque sous le foie. On aura alors un abcès secondaire, mais dans d'autres circonstances, l'inverse se produira; l'abcès périty phlitique sera primitif, et la péritonite secondaire.

Enfin, pour être complet, nous dirons que tous ces accidents peuvent s'accompagner de deux complications excessivement graves, mais heureusement peu communes. Ce sont : la *pleurésie purulente*, par perforation du diaphragme ou par simple propagation, et la *pyléphlébite suppurative* avec petits ou grands abcès du foie. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir les accidents du côté du foie primer toute la symptomatologie.

DIAGNOSTIC

Nous ne nous dissimulons pas que cette question du diagnostic présentera souvent de très grandes difficultés. Nous croyons cependant qu'un examen minutieux du malade, aidé de la connaissance de ce que nous avons dit dans les chapitres précédents, permettra d'arriver, dans la majeure partie des cas, sinon à une certitude absolue, du moins à une somme de probabilités suffisante pour guider dans la conduite à tenir, en pareille occurence. Nous allons essayer de poser quelques jalons pouvant faciliter la résolution du problème. La meilleure manière d'atteindre ce résultat sera le plus souvent de procéder par exclusion.

Quelles sont donc les maladies qui peuvent être confondues avec l'appendiculite? Les premières qui se présentent à nous, comme fréquence, sont les affections du cæcum.

L'engouement stercoral simple se caractérise par une tuméfaction au niveau de la fosse iliaque, s'accompagnant de douleur plus ou moins vive, avec constipation et quelquefois des vomissements. Mais ici la tumeur formée par une accumulation de matières fécales, présente des signes très nets permettant facilement de la reconnaître. Elle est cylindrique, dans la direction du cæcum et du côlon, longue de 10 à 12 centimètres sur 6 à 8 de large, irrégulière, bosselée, bien limitée, molle, pâteuse s'écrasant sous le doigt. La paroi abdominale glisse au-devant de cette sorte de boudin que l'on peut déplacer latéralement. La souffrance est légère. Le

malade se plaint plutôt d'un poids, d'une sensation de plénitude dans l'abdomen, que d'une véritable douleur. Avec l'haleine fétide, la langue pâteuse mais humide, de l'anorexie, quelques nausées, quelques rares vomissements alimentaires ou bilieux, et la constipation, on a résumé les troubles gastro-intestinaux, compagnons habituels de cette affection, laquelle disparaît bientôt à l'aide d'un simple purgatif. La fièvre est nulle ou à peu près. Jamais l'état du malade ne devient sérieux, à moins qu'à l'engouement stercoral ne succède une typhlite proprement dite.

La *typhlite*, consécutive ou non à l'état précédent, se caractérisera par l'exagération de tous les symptômes que nous venons de décrire. A ce titre, le diagnostic pourra être plus difficile, surtout si elle s'accompagne d'une réaction péritonéale un peu intense. La tumeur, tout en conservant sa forme cylindrique, sera moins bien limitée. Elle sera le siège d'une douleur vive, spontanée, exagérée par la pression. Il y aura de la fièvre, quelquefois des frissons, des vomissements plus fréquents, pouvant devenir verdâtres, et même un léger ballonnement du ventre, tous symptômes capables de rendre le diagnostic douteux. C'est alors qu'on interrogera avec soin les commémoratifs. La typhlite a bien rarement un début brusque. Faisant suite, en général, à l'engouement, elle met plusieurs jours pour arriver à son état confirmé. Si l'on a pu suivre la maladie dès le début, la distinction sera aisée. Dans le cas contraire, les renseignements fournis par le malade seront d'une grande utilité. On apprendra, par exemple, qu'il a déjà eu un ou plusieurs accidents analogues. On n'oubliera pas que la tumeur de la péritonite appendiculaire localisée ou enkystée, la seule que nous mettions ici en parallèle, n'est point mobile sur les

parties sous-jacentes, qu'elle est plus étalée, moins facile à délimiter, qu'elle a de la tendance à s'étendre vers la ligne blanche, vers le petit bassin, tandis que celle de la typhlite se concentre plus volontiers dans la fosse iliaque. Le toucher rectal ou vaginal en précisera les rapports. Enfin les symptômes réactionnels, dans la typhlite, ne sont jamais aussi violents que dans la péritonite par perforation de l'appendice. Le plus souvent, après quelques jours, l'orage se dissipe, ne laissant après lui que l'adhérence du cæcum à la fosse iliaque, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée inflammatoire vienne se greffer sur la première.

Mais à la suite de plusieurs récidives, ou même dès la première atteinte, les parois du cæcum pourront s'ulcérer et se perforer. Si la perforation a lieu en arrière, grâce aux adhérences préventives qui établissent, ainsi que nous l'avons dit, la soudure du péritoine viscéral avec le péritoine pariétal, il se développera une suppuration du tissu cellulaire rétro-cæcal, une *périty phlite proprement dite.*

Dans ce dernier cas, comme le dit Krafft, le diagnostic différentiel entre l'abcès résultant d'une perforation de l'appendice et celui amené par une ulcération cæcale, deviendra extrêmement difficile et parfois même impossible sans anamnèse. Mais un diagnostic précis importe peu, puisque, comme nous le verrons bientôt, l'intervention chirurgicale est nécessaire dans les deux cas.

Nous croyons inutile d'insister sur les autres suppurations de la fosse iliaque qui ne dérivent point d'une lésion de cæcum. Presque toujours secondaires, ces affections se reconnaîtront aisément par la connaissance des conditions étiologiques dans lesquelles elles sont survenues.

La douleur du *psoïtis* siège plus profondément vers la région lombaire, et s'irradie dans la fosse iliaque, dans l'aine, dans la fesse et dans la cuisse correspondante. Cette dernière sera plus ou moins fléchie et tournée en dehors. Il sera impossible de la ramener dans la rectitude sans augmenter notablement les douleurs. On sentira une corde dure, très douloureuse, ou un empâtement profond, mais pas de tumeur véritable.

Dans l'*adénite des ganglions iliaques externes*, la tumeur siégera, au début, plus bas et plus en dedans que celle qui serait le résultat d'une lésion de l'appendice, et à moins d'une ouverture de l'abcès dans l'intestin et de la pénétration de gaz dans le foyer, elle ne sera jamais sonore. A une période plus avancée, le diagnostic sera plus difficile. On s'aidera alors des commémoratifs.

L'*abcès* ou le *phlegmon de la paroi abdominale* ne pourrait prêter à confusion que par défaut d'examen.

L'inflammation du *ganglion profond du pli de l'aine*, adossé au *septum crurale* pourrait quelquefois donner naissance à des accidents de péritonite ou de péritonisme simulant, par leur brusquerie, une péritonite appendiculaire ; il suffira, croyons-nous, d'être averti pour éviter l'erreur.

Même remarque pour l'inflammation du *testicule droit ectopié* dans l'anneau inguinal.

Pour distinguer une *ovarite aiguë* d'une péritonite appendiculaire localisée, ou d'un abcès périthyphlitique, on se souviendra que ces deux dernières affections sont rares chez la femme, tandis que la première est relativement commune. La tumeur sera située plus bas et plus en dedans. Par le toucher vaginal, on sentira l'ovaire grossi et douloureux et on vérifiera ses connexions avec l'utérus.

Il en sera de même pour la *salpingite* ou la *pyo-salpingite*, quand elles se manifestent par des symptômes aigus.

L'*abcès périnéphrétique* se distinguera facilement par sa situation dans les lombes. La tumeur aura tendance à faire saillie en arrière. Toute la région, parfois aussi les régions dorsale et fessière, seront le siège d'un gonflement œdémateux très marqué. Enfin l'examen des urines montrera souvent la présence de l'albumine, du pus ou de graviers urinaires.

Dans la *colique néphrétique*, il n'y a pas de fièvre, pas de tumeur. La douleur, partie de la région rénale, descend le long de l'uretère jusqu'à la vessie, vers le testicule, qui est fortement rétracté, et jusqu'à la cuisse du même côté. La miction, très pénible, s'accompagne de ténesme. Les urines sont rares, souvent sanguinolentes ; quelquefois il y a anurie complète. La crise dure douze, vingt-quatre heures, puis cesse brusquement et tout rentre bientôt dans l'ordre.

Si l'hésitation pouvait être permise dans la *colique hépatique*, elle ne serait évidemment pas de longue durée. Comme pour la colique néphrétique, pas de fièvre. La douleur a son siège d'élection au niveau de la région de la vésicule biliaire, qui est tendue. Elle s'irradie à l'épigastre, souvent aussi vers l'épaule droite. Le foie est augmenté de volume. L'apparition de l'ictère, la présence de pigment biliaire dans l'urine, lèveraient tous les doutes.

Plus difficile pourra être le diagnostic avec la *cholécystite calculeuse*, surtout quand elle est accompagnée d'ulcération. Dans ces cas, en effet, qui se compliquent généralement de péritonite de voisinage, la douleur s'irradie parfois le long du côlon ascendant jusqu'au niveau du cæcum, où elle finit par

se localiser, si bien que l'on peut se méprendre sur la véritable origine des accidents.

Notre maître, M. le professeur Potain, nous a dit avoir observé plusieurs fois des faits de ce genre dont il a eu la confirmation anatomique. Mais ils sont relativement rares et atteignent, de préférence, les personnes déjà avancées en âge, chez lesquelles, ainsi que nous l'avons vu, l'appendiculite devient exceptionnelle.

Nous avons dit que la *pyléphlébite suppurée* pouvait être une complication de l'ulcération ou de la perforation de l'appendice. D'après Gendron (1), la presque totalité des cas de pyléphlébite d'origine intestinale ne relèverait pas d'autre cause. On les reconnaîtra à ce que les symptômes abdominaux que l'on pouvait mettre sous la dépendance d'une appendiculite seront rapidement masqués par ceux de la pyléphlébite, ictère, augmentation de volume du foie et de la rate, frissons, diarrhée, délire, etc.

Nous ne faisons que mentionner les *coliques de plomb*, dont le diagnostic ne nous paraît pas offrir de difficulté sérieuse.

L'étranglement interne a été maintes fois confondu avec la péritonite appendiculaire, surtout dans la forme généralisée. Et il est juste de dire que bien souvent l'erreur est inévitable. Le diagnostic ne pourra guère être basé que sur des nuances. Après la connaissance profonde de tous les commémoratifs, on se rappellera que dans la péritonite appendiculaire généralisée, le ballonnement, le tympanisme sont moins considérables, que le météorisme est égal dans toutes les régions, qu'une matité sous-ombilicale est en rapport

(1) Gendron. — Thèse de Paris, 1883.

néale, que la sensibilité et la douleur sont plus rapidement avec un certain degré d'épanchement dans la cavité péritogénéralisées, que la constipation est moins absolue, que les vomissements, quoique plus rarement, peuvent être fécaloïdes; qu'enfin la fièvre s'installe dès le début, tandis que dans l'étranglement l'origine des accidents est d'ordinaire marquée par de l'hypothermie, ou tout au moins, la fièvre y est plus tardive et moins élevée.

L'erreur, du reste, n'aurait pas grande conséquence, puisque l'intervention doit être la même dans les deux alternatives.

La *péritonite par perforation* des organes autres que l'appendice, tels que l'estomac, la vésicule biliaire, l'intestin, etc., se distinguera le plus souvent par la connaissance antérieure d'une lésion de ces organes.

Reste le diagnostic des différentes formes d'appendiculite.

La forme à *péritonite généralisée* se distinguera assez facilement, croyons-nous, de celle à *péritonite enkystée.* Ce que nous avons dit des symptômes de chacune d'elles, nous dispensera d'insister.

Mais la séparation de cette dernière avec la forme à *abcès périthyphlitique,* ou d'une manière générale, avec un abcès en dehors du péritoine, résultant d'une lésion du cæcum ou de l'appendice, cette séparation, dis-je, sera souvent d'une difficulté extrême. Et cependant un diagnostic exact serait d'une importance capitale pour le traitement.

On répète, avec Monneret et Fleury (1), que l'abcès intrapéritonéal est plus mobile, plus superficiel, qu'il peut être senti par le toucher rectal ou vaginal. On ajoute que les phénomènes péritonéaux dominent, que le frisson est plus fréquent; la fièvre plus intense; la douleur plus vive, plus

(1) Compendium de médecine.

pongitive; la tumeur plus molle, plus fluctuante, dès le début. « Mais tout cela, dit Broca (1), est avant tout théorique, car jusqu'à présent on s'occupait bien peu des péritonites enkystées. Il faut des faits nouveaux, des observations prises avec minutie, pour juger en dernier ressort. » Nous ajouterons seulement que, lorsque le malade a déjà souffert antérieurement d'accidents qualifiés de *typhlite*, les chances sont plus grandes pour qu'on ait affaire à un abcès sous-péritonéal, plutôt qu'à une péritonite véritable.

En résumé, il n'y a évidemment pas de signe pathognomonique d'appendiculite. Dans la majorité des cas, toutefois, on arrivera sinon à une certitude, au moins à un total de probabilités suffisant dans la pratique, quand on voudra ne pas oublier surtout que les *péritonites dites spontanées* sont extrêmement rares, si tant est qu'elles existent. Tel est l'avis de Forget (2), qui croit que beaucoup de péritonites de ce genre se rattachent à une perforation de l'appendice vermiforme, qu'on aurait constatée plus fréquemment, si l'attention était mieux fixée sur de pareils accidents. Nous terminerons ce chapitre par la conclusion du même auteur : « Étant donné une péritonite primitive, sans cause déterminante appréciable, on devra considérer comme possible, sinon comme très probable, la perforation de l'appendice cæcal. »

(1) *Gaz. hebdom.*, Paris, 1888, p. 581.
(2) Forget. — *Gaz. méd., Strasbourg,* 1853.

PRONOSTIC

D'une manière générale, à en juger par les observations que nous avons rassemblées, le pronostic est excessivement grave, puisque sur 94 cas, 4 fois seulement le malade a guéri, et encore, sur ces derniers, pouvons-nous mettre en doute le diagnostic de deux d'entre eux (observations de Volz, nos 25 et 26).

Si maintenant l'on examine tous ces cas en détail, on voit que leur gravité varie suivant les formes.

La plus redoutable de toutes, sans contredit, est la *forme à péritonite généralisée*. C'est elle qui tue le plus rapidement, en deux, trois, quatre, huit jours au maximum et malheureusement c'est la plus fréquente, 54 cas sur 94.

La forme à *péritonite localisée* a une durée plus longue, douze, quinze jours, un mois et plus. Elle est aussi moins sévère que la précédente. C'est à elle vraisemblablement que se rapportent trois des quatre guérisons que nous avons mentionnées (observation de Hancock, no 32; observations de Volz, nos 25 et 26). — Enfin la moins grave de toutes est sans nul doute la forme à *abcès périthyphlitique :* une guérison sur quatre cas (no 91, Golschmidt). Mais c'est la plus rare.

Nous nous en voudrions, toutefois, de laisser le lecteur sur une impression aussi fâcheuse. Hâtons-nous de dire que deux facteurs principaux entrent pour une large part dans un si mauvais résultat; c'est, d'un côté, le manque de connaissances exactes de la lésion, de l'autre, le traitement défectueux qui

a été employé jusqu'ici. Ce qui fait l'extrême gravité de telles affections, c'est, outre leur caractère éminemment septique, leurs rapports intimes avec la séreuse péritonéale. Jusque dans ces derniers temps, médecins et chirurgiens professaient à l'égard de cette dernière, dont ils redoutaient particulièrement l'ouverture, un respect des plus exagérés. Ils évitaient à tout prix d'y toucher de près ou de loin. Aussi laissaient-ils évoluer, tout à leur aise, les accidents, et n'intervenaient-ils que lorsqu'ils avaient la main forcée, pour inciser, par exemple, un abcès qui allait s'ouvrir spontanément. Ils croyaient du reste les lésions situées en dehors de la cavité séreuse, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et à plus forte raison se seraient-ils abstenus dans les cas où ils auraient pu soupçonner leur origine intra-péritonéale. Il n'est pas étonnant qu'avec une pareille manière d'agir, les résultats aient été désastreux. Mais aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, les chirurgiens ont abandonné les craintes excessives que leur inspirait jadis la susceptibilité du péritoine; ils vont à la recherche de la lésion qu'ils ont appris à mieux connaître et interviennent en temps utile. Le succès a couronné leur hardiesse. Voilà pourquoi le pronostic tend tous les jours à devenir moins sombre que celui que nous avons indiqué.

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendiculite, on le comprend, ne sera pas le même dans tous les cas. Il doit varier suivant les circonstances et ne peut être indiqué que d'une manière générale. C'est au médecin, c'est au chirurgien à apprécier au lit du malade la conduite à suivre.

Avant d'indiquer, d'après les auteurs compétents, la thérapeutique la plus rationnelle, on nous permettra de rappeler d'abord ce que l'on doit éviter : *primùm non nocere.*

Une chose nous frappe à la lecture des observations recueillies pour ce travail, c'est que dans tous les cas où le malade a succombé, 90 fois sur 94, on avait employé, d'une manière plus ou moins intensive, les émissions sanguines ou les purgatifs. Dans ceux, au contraire, au nombre de 4, qui ont eu une terminaison heureuse, ces moyens avaient été soigneusement écartés. Il n'est pas douteux pour nous, que leur emploi n'ait eu la plus fâcheuse influence sur les résultats funestes de la maladie.

Des émissions sanguines, nous n'en parlerons pas. Le temps n'est plus où la saignée et les sangsues, sous l'impulsion du Broussais, étaient employées, je dirai presque avec fureur, contre toutes les inflammations, quelle qu'en fût l'origine. On ne voit plus aujourd'hui, comme le faisaient Louyer-Willermay (1), Melier (2), appliquer trente sang-

(1) Louyer-Willermay. — *Loc. cit.*
(2) Melier. — *Loc. cit.*

sues le premier jour, quarante le deuxième, cinquante le troisième, sans exclure, pendant cette période, deux ou trois saignées de 400 à 500 gr. chacune. On a compris depuis longtemps qu'une semblable thérapeutique ne pouvait qu'affaiblir le malade et le mettre dans des conditions très défavorables pour résister à la maladie, sans procurer le bénéfice de juguler l'inflammation comme on le croyait.

Mais les purgatifs et les purgatifs répétés sont encore de pratique courante. On veut combattre la constipation qui accompagne si souvent la maladie, et on oublie que cette constipation, cause ou effet de l'accident, est pour l'heure présente un état salutaire que l'on doit au contraire favoriser. Le grand danger n'est-il pas, dans ces circonstances, de voir une péritonite localisée, partielle, se transformer en péritonite généralisée, totale?

Les mouvements de l'intestin étant un des agents les plus puissants de cette dissémination, il faut, à tout prix, les enrayer et bien se garder surtout de les augmenter par une thérapeutique intempestive, telle que la médication évacuatrice. Nous pourrions citer nombre d'observations, dans lesquelles une recrudescence des accidents est survenue à l'occasion de purgatifs et même de simples lavements.

Aussi, tous les auteurs qui se sont spécialement occupés de la question, sont-ils unanimes pour proscrire tout ce qui peut déterminer des contractions intestinales, en particulier les purgatifs, et conseillent la méthode de Graves, c'est-à-dire l'emploi de l'opium à doses massives, qui remplit tous les desiderata. C'est à cette méthode que Wolz doit ses deux guérisons. D'autres médecins en ont également obtenu les meilleurs résultats. La pratique de With (1) est, à

(1) With, Congrès de Copenhague, 1884.

cet égard, très instructive. Dans une première série de 30 cas de péritonite appendiculaire, traités par lui ou ses collègues, dans la clientèle privée ou à l'hôpital, de 1866 à 1879, la mortalité a été de 40 %. Plus tard, dans une nouvelle série de 50 nouveaux cas, la mortalité n'est plus que de 16 %. L'auteur explique la différence de ces résultats par ce fait que dans la première série les malades ont été soignés par la méthode ordinaire, les purgatifs et les lavements, tandis que dans la seconde l'opium, à hautes doses, a seul été employé (1).

L'hésitation ne nous semble pas permise. Avec tous ces auteurs, nous proscrirons les purgatifs, et nous dirons que la meilleure médication, au début, sera, avec le repos absolu au lit, l'opium sous toutes ses formes (laudanum, extrait thébaïque, injections sous-cutanées de morphine, etc.), soit seul, soit associé à la belladone, comme le veut Fenwich, soit combiné avec les applications réfrigérantes, la glace, ainsi que le conseille Goldsmitd (2), qui en a obtenu une guérison. Mais on ne devra pas s'attarder trop longtemps à ces moyens purement médicaux.

Si l'on constate que ces agents n'arrêtent pas le processus morbide, si ce dernier n'a pas tendance à rétrocéder, et à plus forte raison s'il poursuit sa marche envahissante, il faudra intervenir sans retard.

C'est le mode d'intervention qu'il nous reste maintenant à examiner. Nous serons bref, car nous n'avons pas à décrire un manuel opératoire, comme l'exigerait une opération limi-

(1) Il est bon, toutefois, de se rappeler, pour ne pas être étonné de semblables résultats, après ce que nous avons dit au chapitre précédent, que Wrth comprend, sous la rubrique de *péritonite appendiculaire*, nombre de cas qui, pour nous, appartiennent à la typhlite proprement dite, affection dont la gravité n'est pas comparable à celle de l'appendicuhte.

(2) Goldsmitd. — *Revue de médecine*, 1886,

tée, nettement définie. Le procédé doit ici, peut-être plus que partout ailleurs, se plier aux circonstances. Au cours même de l'intervention, le chirurgien sera souvent obligé de modifier le mode opératoire qu'il s'était tracé d'avance. Il nous suffira d'indiquer sommairement la pratique qui semble donner les meilleurs résultats.

Disons tout d'abord, qu'il ne nous paraît pas possible d'accueillir favorablement cette thérapeutique à outrance qui consisterait, ainsi que l'ont enseigné Mahomed et Ch. Simond à la Société clinique de Londres, de supprimer à la première alerte l'appendice, sous prétexte que la majorité des accidents de typhlite relèvent d'une inflammation de cet organe, inflammation qui est une menace perpétuelle de perforation et de mort. Nous avons admis que la typhlite existe bien réellement comme maladie isolée du cæcum, sans participation de l'appendice. En tant qu'inflammation non perforatrice, elle est même beaucoup plus fréquente que l'appendiculite qui, nous l'avons dit, parcourt très rapidement toutes ses périodes, ulcération, gangrène, perforation, et n'est pas, selon nous, une maladie à répétition, comme la typhlite proprement dite. Il serait donc, pour le moins hâtif, sans parler de la gravité de l'opération en elle-même, de vouloir supprimer un organe, pour un accident dont il n'est pas coupable, qui est le plus souvent bénin et guérit par les moyens médicaux ordinaires. Nous ne croyons pas qu'une pareille méthode, dite *préventive*, puisse jamais réunir beaucoup de partisans.

Nous voilà donc en présence d'un malade chez qui l'intervention est nécessaire, que faut-il faire ?

Nous distinguerons trois cas.

S'il s'agit de la forme à abcès périty phlitique, c'est-à-dire de

celle dans laquelle le foyer est extra-péritonéal, l'incision sera faite sur la partie saillante de la tumeur, d'une manière générale, parallèle à l'arcade de Fallope, ou pour mieux préciser, en suivant le tracé de l'incision usitée pour la ligature de l'iliaque externe. On lui donnera une longueur de 12 à 15 centimètres et plus, si besoin est. L'aponévrose sera incisée d'abord dans la partie externe de la plaie cutanée ; le doigt, introduit par cette boutonnière, et recourbé en dedans, s'assurera que l'intestin n'adhère pas à la paroi ; c'est alors seulement que l'incision sera complétée. Le pus une fois évacué, on se renseignera à l'aide du doigt sur la situation de l'appendice. Ce dernier est-il facilement accessible, on le sectionnera, après ligature à sa base, afin d'éviter une fistule pyostercorale. Sa recherche paraît-elle, au contraire, laborieuse, on ne s'acharnera pas à en opérer l'excision dans la crainte de provoquer des accidents de péritonite : on le laissera tel quel dans le foyer. Weir (1) pense que l'on ne doit pas redouter, dans ces cas, outre mesure, une fistule permanente. Il a vu la cicatrisation se faire bientôt et amener l'oblitération du canal. On sera, du reste, toujours à temps de pratiquer une opération complémentaire, si c'est nécessaire.

L'opération est complétée par un drainage et un pansement antiseptique. Ce mode d'intervention a donné à Roux (de Lausanne), six guérisons sur six cas (2).

La ponction exploratrice, conseillée par certains chirurgiens pour s'assurer, avant l'opération, de la présence ou de la situation du pus, est réjetée par beaucoup d'autres comme inefficace, inutile et dangereuse.

(1) Weir. — *Med. News*, Phila. 27 avril 1889.
(2) Roux (de Lausanne). — *Congrès des chirurgiens français*, 1889.

Si au lieu d'un abcès périthyphlitique, on est en présence d'une péritonite localisée, c'est à la laparatomie qu'il faut avoir recours. L'incision sera faite soit latéralement, à droite, sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, soit sur la ligne médiane et mieux encore, comme pour l'abcès périthyphlitique, sur le point saillant de la tumeur. Les tissus seront sectionnés, couche par couche, jusqu'au péritoine, qui sera ensuite ouvert avec précaution. Le foyer est-il superficiel, adhérent à la paroi abdominale, on l'incisera directement, en protégeant, pendant l'évacuation du liquide, les anses intestinales. Est-il au contraire situé plus profondément à une certaine distance de la paroi, on ira à sa recherche en écartant délicatement avec les doigts les anses intestinales agglutinées, et on ouvrira sa cavité avec l'index. Comme précédemment, l'appendice sera laissé en place, si son excision présentait quelque difficulté. Lavage, drainage et pansement antiseptique.

Dans la péritonite généralisée, l'incision médiane doit être préférée. De grands lavages seront faits avec des solutions antiseptiques non toxiques, et deux drains seront placés l'un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans le petit bassin. Malheureusement, quel que soit le soin apporté à cette opération, cette forme est la plus décourageante de toutes. D'après Weir (1), sur 25 cas, un seul aurait guéri. Le résultat est plus favorable dans les formes à péritonite circonscrite. Fitz (2) donne sur 14 cas 9 guérisons.

Il le serait encore bien plus d'après Noyes (3), qui rapporte 85 guérisons sur 100. Mais nous devons reconnaître

(1) Weir. — *Loc. citato.*
(2) Fitz. — *New-York Med. Journal*, 1888, p. 507.
(3) Noyes. — *Transact of the Rhode-Island*, Med. Soc. 1882.

que sa statistique porte à la fois sur des abcès périty phlitiques proprement dits et des péritonites localisées.

Le moment où l'on intervient a, du reste, une grande importance dans le résultat de l'opération. A cette question : *quel jour faut-il opérer?* on ne peut donner de réponse ferme. Les cas diffèrent trop pour cela. C'est à la clinique de poser les indications précises. D'une manière générale, on peut résumer, comme suit, la conduite à tenir :

Les délais les plus longs, 10, 12 jours et plus, sont permis dans les formes à abcès périty phlitique, ou encore dans la variété plastique de la péritonite localisée. Une intervention précoce sera nécessaire dans les variétés exsudatives, c'est-à-dire, franchement purulentes de la péritonite localisée et surtout généralisée. Souvent, en attendant 24, 48 heures, on arrivera trop tard. On doit toujours avoir, présent à l'esprit, le danger imminent de la transformation d'un abcès périty phlitique en péritonite, ou d'une péritonite enkystée en péritonite généralisée. L'abstention pour la laparatomie ne pourrait être justifiée que par l'état de collapsus ou de faiblesse extrême du malade.

CONCLUSIONS

On ne doit plus confondre sous une même dénomination ni dans une même description la phlegmasie du cæcum et celle de son appendice,

A côté de la typhlite et de la périty phlite, il y a l'appendiculite et la péritonite appendiculaire.

Le mot périty phlite doit se borner à désigner l'inflamation du tissu cellulaire sous-jacent au cæcum, résultant directement d'une lésion de cet organe.

La typhlite ne produit en général qu'un phlegmon sous-péritonéal; *la périty phlite*, l'appendiculite, au contraire, dans la majorité des cas, entraîne une suppuration intra-péritonéale, c'est-à-dire une péritonite localisée ou généralisée.

Si les deux affections ont, en somme, une étiologie à peu près semblable, il est bon de retenir, cependant, que les corps étrangers, quelle qu'en soit la nature, sont la cause la plus fréquente de l'appendiculite, tandis qu'ils n'ont qu'une influence très restreinte dans la typhlite.

Il existe dans l'appendiculite trois formes cliniques principales:

L'une, la plus fréquente, est dite: *forme à péritonite généralisée;*

L'autre, moins commune, est la forme à *péritonite localisée ou enkystée;*

Enfin la troisième, la plus rare, peut être appelée *forme à abcès périty phlitique.*

Toutes ces variétés peuvent du reste se combiner.

Leur diagnostic différentiel avec les autres maladies se fera par exclusion.

La distinction des formes entre elles sera facile pour les deux premières.

Plus difficile sera celle des deux dernières, ou, d'une manière générale, de la péritonite appendiculaire localisée avec tout abcès extra-péritonéal, résultant d'une lésion du cæcum ou de l'appendice.

Ce diagnostic n'est cependant pas impossible.

Le pronostic est surtout grave dans les formes à péritonite.

On doit proscrire dans le traitement l'usage des purgatifs et se contenter d'administrer l'opium à doses plus ou moins élevées.

Mais il ne faut pas s'attarder à ce moyen ; si la maladie continue à progresser, il faut se préparer à une intervention chirurgicale, qui sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus précoce.

L'incision suffira dans les cas à abcès périty phlitique.

La laparatomie latérale ou médiane est nécessaire dans les formes à péritonite.

En général on devra exciser l'appendice après ligature. Mais si son ablation paraît trop laborieuse, mieux vaudra le laisser en place. La ponction exploratrice doit être considérée comme inutile, inefficace et dangereuse.

OBSERVATIONS

I. — Lésions de l'appendice cæcal

Observation I (personnelle) (1).

Ser... Michel, âgé de 25 ans, employé de commerce, entre le 8 mars 1889 à la Charité, service de M. Blachez. — On ne trouve, dans ses *antécédents héréditaires et personnels*, aucun fait qui mérite d'être signalé. Il a toujours joui d'une parfaite santé et dit n'avoir jamais été malade.

Il y a cinq jours, c'est-à-dire le 3 mars dernier, il fit un dîner un peu plus copieux que de coutume. La nuit suivante, il éprouva quelques coliques sèches qu'il met sur le compte de champignons mangés la veille.

Le 4, les coliques persistent, diffuses, sans localisation bien précise, mais elles sont supportables et le malade peut aller à son magasin. Le 5, pas d'amélioration. Une selle spontanée, assez abondante, qu'il a dans la soirée, ne lui apporte aucun soulagement. Le 6, au matin, il s'administre, de son chef, une bouteille d'eau d'Hunyadi-Janos qui lui procure 4 à 5 évacuations. Mais la douleur du ventre au lieu de diminuer augmente et devient bientôt excessive.

Le malade est obligé de garder le lit, il n'a aucun moment de repos. Le 7, mêmes souffrances. Pas de garde-robe. Vomissements alimentaires et bilieux. N'urine presque pas de toute la journée. Le 8, après une très mauvaise nuit, il vient à pied, à la consultation de la Charité.

Etat actuel. — C'est un homme d'une assez forte constitution. Son facies est légèrement grippé, sa respiration est courte, accélérée. Il se plaint d'une douleur très vive dans le ventre, principalement à droite, vers la fosse iliaque, exaspérée par la moindre pression, le

(1) Les pièces du malade ont été présentées par nous à la société anatomique dans la séance du 15 mars 1889. L'observation est déjà insérée dans les *Bulletins de la Société*.

moindre mouvement. Le ventre n'est point ballonné. Il est plutôt déprimé, tant les muscles abdominaux sont contracturés. Aussi est-il absolument impossible d'explorer l'état des viscères sous-jacents. Une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, faite, séance tenante, soulage rapidement le malade, mais ne rend pas l'exploration plus facile, on ne trouve nulle part de signes d'étranglement herniaire. Le toucher rectal reste complètement négatif. Le malade dit avoir de la difficulté pour uriner. Il a vomi trois fois en l'espace de deux heures, vomissements bilieux, verdâtres. Pas de garde-robe.

Respiration courte, 32. Pouls assez fort, 92. Température axill., soir 39°, 6. Rien de particulier à l'auscultation, du côté des organes thoraciques, poumons et cœur.

Le 9. Le malade a passé une mauvaise nuit, malgré plusieurs piqûres de morphine. Il souffre horriblement. Le ventre est toujours plutôt rétracté. Vomissements de plus en plus fréquents. Urines rares, 150 gr. en 24 heures. Elles ne contiennent pas d'albumine. Pas de garde-robe.

T. axill., m., 38°, 4 ; s., 38°, 8.

Le 10. Aggravation progressive des symptômes. Le malade, qui ne prend que du lait et du bouillon froids, avec de la glace, rejette ces aliments, presque aussitôt ingérés, mélangés à de la bile. Il a des nausées presque continuelles, quelques hoquets, vers le soir, une petite selle diarrhéique spontanée. Il se plaint d'une barre transversale très douloureuse, occupant la partie supérieure de l'abdomen.

Le ventre, qui jusque-là était contracté, commence à se ballonner. Soif vive. Respiration anxieuse. Pouls plus faible ; 38. T. m., 37°, 6 ; s., 38°, 6. Urines toujours très rares.

Le 11. Les symptômes vont toujours en s'aggravant, facies grippé. Sentiment de faiblesse extrême, vomissements incoercibles, bilieux, verdâtres. Ballonnement du ventre. La douleur continue à être très vive, et généralisée. Pas de garde-robe.

Urines très rares. 120 gr. en 24 heures, fortement colorées.

Resp. 40, pouls petit, filiforme. Temp. matin, 37°,4 ; soir, 38°,8.

Le 12. La nuit a été assez calme, grâce à trois injections de morphine faites de 8 heures du soir à 7 heures du matin. A la visite, le malade se dit à bout de forces. Les traits sont tirés, les yeux excavés, cerclés de noir. Une sueur froide couvre son visage ainsi que tout le reste du corps. La voix est éteinte, l'haleine fade. La respira-

tion courte, précipitée. Le pouls petit, filiforme. Le ventre est ballonné, surtout vers la région épigastrique. Il paraît moins douloureux. Les vomissements continuent, surtout fréquents depuis 5 heures du matin. Ils se composent des liquides ingérés, eau vineuse, potion de Tood, rendus tels quels, mélangés seulement à quelques mucosités. Pas de bile. Le malade n'a pas uriné de toute la nuit. Pas de garde-robe. L'intelligence est entièrement conservée.

Temp. axill. 37°,7. Mort à 11 heures du matin.

Autopsie faite 36 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales, considérablement dilatées, agglutinées entre elles par un exsudat fibrino-purulent, semblent ne faire qu'une seule masse. Cet exsudat, surtout épais dans l'intervalle des circonvolutions, au niveau de leurs points de contiguïté, existe aussi par place sur leur face libre, en rapport avec le péritoine pariétal. Il est très peu adhérent. On l'enlève facilement soit avec une pince, soit par le raclage. Au-dessous, les parois intestinales se montrent très congestionnées, d'un rouge violacé. Si, sans les déplacer, on déprime avec soin les anses intestinales, on constate que dans leurs interstices, existent çà et là des fusées purulentes, surtout abondantes à droite où elles se poursuivent jusque sous le foie et sous le diaphragme. Un liquide purulent, épais, blanchâtre, se montre en quantité notable dans le petit bassin et dans la fosse iliaque droite. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, enlevés avec soin et déroulés sur la table d'amphithéâtre, ne présentent aucune trace d'ulcération. L'estomac contient une petite quantité de liquide noirâtre.

L'intestin renferme une assez notable quantité de matière jaune, glaireuse, dont la consistance augmente à mesure qu'on s'approche du cæcum.

Le cæcum et le gros intestin sont vides. En examinant l'appendice iléo-cæcal, on découvre qu'il existe dans sa cavité, à l'union de sa portion libre et de sa portion adhérente, un corps étranger qu'à son volume, sa consistance et sa forme, on pouvait prendre de prime abord pour un noyau de cerise; mais en incisant à son niveau la paroi, on constate que ce corps étranger n'est autre qu'une petite masse de matière fécale, bien reconnaissable à son odeur, de couleur jaunâtre, desséchée et durcie, qui s'effrite sons les doigts. Toutes les parties qui la composent sont recueillies, placées et agitées dans une petite quantité d'eau où elles ne tardent pas à se délayer en totalité, sans laisser le moindre résidu. La portion libre de l'appendice, lon-

gue de 3 centimètres, est noirâtre, flétrie, effilochée, gangrenée. La portion adhérente ne présente aucune altération. Elle n'est point dilatée. Son orifice cæcal a deux millimètres de diamètre environ. Un stylet mousse, introduit par cet orifice dans sa cavité, sort par l'extrémité gangrenée.

Les ganglions mésentériques, légèrement hypertrophiés, sont congestionnés. Le péritoine pariétal, d'un gris blanchâtre, est dépoli, et tapissé par places d'exsudat fibrino-purulent.

Le foie paraît normal. La vésicule biliaire également saine, est à moitié remplie d'un liquide jaune brunâtre. La rate est petite, sans lésions. Les reins, congestionnés, se décortiquent bien.

Cœur normal, sans lésions d'orifices. Une plaque laiteuse, ovalaire, de la dimension d'une pièce d'un franc, sur le ventricule gauche. Adhérences pleurales anciennes au niveau du sommet droit. Congestion de la base des deux poumons. A la coupe du sommet du poumon droit, on trouve deux tubercules crétacés de la grosseur d'un pois, et dans le voisinage des lésions de pneumonie fibreuse.

Observation II (inédite). — Due à l'obligeance de notre collègue et ami Vaquez — recueillie dans le service de M. Potain.

H., 30 ans, entre le 28 octobre 1889, salle Bouillaud, nº 27.

Son père est mort avec des accidents d'ictère, sa mère est vivante, bien portante. Lui-même avait joui d'une bonne santé, jusqu'à il y a trois jours. A cette date, sans cause appréciable, il commence à ressentir des douleurs dans la région ombilicale. Ces douleurs étaient à la fois superficielles et profondes ; elles se présentaient sous forme de coliques et empêchaient le malade de marcher. Dimanche, à midi, il fut forcé de se coucher, souffrant déjà depuis 7 à 8 heures et n'ayant pu prendre aucun aliment dans la matinée. Il avait eu encore à ce moment une selle normale.

24 heures après, le lundi matin, l'état était le même. Le malade souffrait toujours dans l'abdomen et les douleurs commençaient à irradier vers l'ombilic. Dans la journée, il put prendre deux potages qu'il garda. Il n'y avait eu aucune selle. Dans la nuit de lundi à mardi, le malade souffrit et ne put dormir.

Hier matin, mardi, le malade commença à rendre la tisane et les boissons qu'il prenait. Depuis ce moment il n'a pas cessé de rendre ou d'avoir des hoquets. Dans la journée d'hier, les douleurs ont considérablement augmenté. Dans la soirée, pour la première fois

depuis deux jours, il se présenta à la selle; mais, après beaucoup d'efforts, il ne put rendre que des matières en toute petite quantité et concrètes. Depuis hier au soir, il n'y a eu aucune selle et le malade n'a pas rendu de gaz. Les vomissements ont été alimentaires jusqu'à hier au soir. A partir de ce matin ils ont présenté l'aspect noirâtre et l'odeur fécaloïde qu'ils ont encore à l'heure actuelle. Ce matin, bien que le ventre soit moins douloureux et moins gonflé qu'hier, des sueurs ont apparu avec refroidissement des extrémités.

Mort subite dans la journée.

Autopsie. — (Résumée.) Péritonite purulente généralisée. L'appendice vermiculaire est appliqué contre le cæcum par des adhérences nombreuses, mais que l'on brise facilement. Il est ulcéré en deux endroits et présente à ce niveau deux pertes de substance d'un demi-centimètre carré d'étendue et produites par la gangrène.

Pas de corps étrangers ni aucune trace de lésion ancienne. Ses parois cependant sont rouges et très épaisses. Les parois du cæcum sont infiltrées de pus à leur partie externe, de telle sorte que toutes ces parties de l'intestin sont comprises dans un grand phlegmon ayant débuté, suivant toute apparence, par l'appendice vermiculaire.

Les autres organes sont sains.

Observation III (inédite). — Due à l'obligeance de notre collègue Thibierge.

La jeune B..., âgée de 7 ans, est apportée à l'hôpital des Enfants (service de mon regretté maître Archambault), le 21 mars 1882, à 3 heures du matin. Au moment où on l'apporte, le visage est cyanosé, la peau du tronc chaude, les extrémités sont froides, le pouls très faible; l'abdomen est volumineux, distendu, l'enfant vient de vomir des matières bilieuses. L'enfant succombe avant même qu'on ait pu la déshabiller. Le seul renseignement que les parents aient donné sur elle est, qu'elle vomissait depuis quatre jours, des matières bilieuses, et que depuis le même moment elle éprouvait des douleurs abdominales.

A l'autopsie, faite vingt-cinq heures après la mort, nous trouvons l'abdomen très distendu, ses parois présentant déjà des traces de décomposition cadavérique. L'incision de l'abdomen fait écouler une assez grande quantité de pus mal lié, de coloration blanche légèrement jaunâtre, d'odeur très fétide. Les anses intestinales sont

agglutinées, mollement adhérentes par places, reconvertes de pus, et leurs interstices sont occupés par de petites collections purulentes. Les lésions sont plus accusées dans la région avoisinant le cæcum que dans les autres portions du péritoine ; des recherches attentives, faites dans le but de retrouver un corps étranger dans la cavité péritonéale, sont restées infructueuses. L'intestin grêle et le gros intestin, examinés dans toute leur longueur sur leur face muqueuse, ne présentent aucune lésion. En examinant l'appendice iléo-cæcal, on constate que cet appendice, de longueur normale, présente, à l'union de son quart inférieur avec ses trois quarts inférieurs (la partie adhérente étant supposée inférieure), une perforation mesurant environ 8 millimètres de long sur 3 millimètres de large, allongée dans le sens du grand axe de l'appendice ; ses bords sont d'un rouge violacé, tuméfiés, régulièrement taillés, cratériformes, l'orifice le plus large étant celui qui correspond à la cavité de l'appendice. Les parties adjacentes de l'appendice sont recouvertes d'une couche de pus membraniforme et adhérente. La partie inférieure de l'appendice, sur laquelle est développée cette ulcération, est séparée de la partie supérieure par une cloison dont les deux faces ont l'apparence d'une muqueuse et sur laquelle on ne constate aucune trace d'orifice ; cette cloison, au niveau de laquelle les deux portions distinctes de l'appendice se terminent en cul-de-sac, divise l'appendice un peu au-dessus de l'union de son quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs. Dans la partie supérieure de l'appendice, qui communique librement avec la cavité du cæcum, il n'y a aucune trace d'ulcération ni d'inflammation. La surface externe de l'appendice ne présente aucune lésion autre que l'orifice de la perforation et des adhérences au pourtour de cet orifice.

Obs. IV. — Louyer-Willermay. *Arch. gén. méd.* 1824, t. V, p. 246. — H. 35 ans. Symptômes de péritonite. Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite purulente localisée. — Appendice cæcal gangrené.

Obs. V. — *Eodem loco.* — H. 37 ans. Début brusque après avoir soupé. — Coliques vers l'ombilic. — Vomissements. — Ballonnement. Mort le troisième jour. — *Autopsie.* Appendice long de trois pouces, gangrené. — (Pas d'autre indication.)

Obs. VI. — Melier. *J. gén. de méd.*, 1827, t. C, p. 324, obs. III,

H. 35 ans. Symptômes de péritonite suraiguë. — Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. — Appendice gangrené et perforé.

Obs. VII. — *Eodem loco.* — Obs. IV. — H. 38 à 40 ans. Après fatigue et écart du régime, douleur dans le côté droit du ventre. — Symptômes d'étranglement. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Appendice gangrené et perforé, rempli de matières fécales durcies. — Épaississement de la valvule iléo-cæcale. — Occlusion de l'intestin.

Obs. VIII. — *Eodem loco.* — H. 23 ans. Après avoir dîné, douleur vive dans la fosse iliaque droite. — Symptômes de péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. — Appendice gangrené. — Calcul ovoïde?

Obs. IX. — *Eodem loco.* — H. 45 ans. Accidents antérieurs de typhlite; récidive; — Tumeur. — Ponction. — Ouverture reste fistuleuse. Mort au bout de deux mois. — *Autopsie.* Péritonite purulente localisée. — Appendice perforé.

Obs. X. — Bodey. *Thèse de Paris,* 1830. Obs. I. — H. 19 ans. Douleur vive dans la fosse iliaque droite. — Symptômes de péritonite. Mort le huitième jour. — *Autopsie.* Péritonite purulente généralisée. — Perforation de l'extrémité de l'appendice. — Cavité remplie de calculs stercoraux.

Obs. XI. — Boyer. *Gazette méd. de Paris,* 1834, p. 525. — H. 19 ans. Douleurs abdominales, bientôt face grippée. — Vomissements. — Matité dans la fosse iliaque. — Mort. (Durée?) — *Autopsie.* Péritonite purulente généralisée. — Appendice perforé à sa base. — Concrétions stercorales.

Obs. XII. — Burne. *Gazette méd. de Paris,* 1838, p. 383, obs. V. — H. 57 ans. Depuis quelques jours constipation, vomissements. — Vers la deuxième semaine, rétention d'urine. — Douleur à la région inguinale droite. — Tumeur. Mort la troisième semaine. — *Autopsie.* Abcès circonscrit entre cæcum et muscle iliaque. — Appendice gangrené.

Obs. XIII. — *Eodem loco.* — (Obs. VI.) — Garçon, 12 ans. Douleur

région inguinale droite. — Symptômes de péritonite aiguë. Mort le deuxième ou troisième jour. — *Autopsie*. Péritonite génér. Appendice perforé. Dans sa cavité, concrétion de nature indéterminée.

Obs. XIV. — *Eodem loco*. (Obs. VII.) — H. 19 ans. — Douleur région cæcale. Tumeur, le dixième jour fluctuation, — Incision. — Mort le onzième jour. — *Autopsie*. Abcès stercoral, foyer formé dans le péritoine. — Gangrène des muscles sous-jacents — Extrémité de l'appendice gangrenée.

Obs. XV. — *Archiv. Méd.*, 1839, t. XIV, p. 34, Obs. II. — F. 22 ans. Le lendemain de son accouchement, symptôme de péritonite, douleur surtout cæcale. Mort le septième jour. — *Autopsie*. Péritonite purulente localisée. Abcès sous-péritonéal consécutif. Appendice béant, gangrené.

Obs. XVI. — Bérard. *Gazette des Hôpitaux* 1840, p. 145. — F. 50 ans. Douleurs vives dans région hypogastrique. Vomissements. Bientôt symptômes d'oblitération artérielle dans le membre inférieur droit. Mort le dix-neuvième jour. — *Autopsie*. Péritonite localisée. Appendice gangrené et perforé. Caillot oblitérant de l'artère fémorale.

Obs. XVII. — Tavignot. *Bull. soc. anat.* 1848, t. XV, p. 382. — Garçon 15 ans, après avoir mangé du melon, vive douleur à la région cæcale. Bientôt signes de péritonite. Mort le douzième jour. — *Autopsie*. Péritonite purulente généralisée. Appendice perforé. Dans sa cavité, pépin de melon.

Obs. XVIII. — Malespine. *Arch. de Méd.* 1841, t. X, p. 33. — Garçon 8 ans. Depuis quelques jours, vives douleurs région du pubis et périnée; envies fréquentes d'uriner. Cathétérisme. Diagnostic : calculs peu volumineux. Bientôt, symptômes de péritonite. Mort le vingtième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée, consécutive à un abcès enkysté, partant de la fosse iliaque droite et plongeant dans le petit bassin. — Abcès causé lui-même par l'inflammation de l'appendice.

Obs. XIX. — Guersant fils, cité par Malespine (*ibidem*). — H.... 42 ans, à la suite d'un lavement, douleur dans la fosse iliaque droite.

Symptômes de péritonite. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé à ses deux extrémités. Concrétion fécale.

Obs. XX. — Briquet. *Arch. méd.*, 1841, t. 10, p. 48. — Garçon, 16 ans et demi, pris de coliques et diarrhée. Bientôt, signes de péritonite à point de départ à droite. Mort le treizième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée, consécutive à un foyer circonscrit de la fosse iliaque droite. Appendice perforé par pépin de melon.

Obs. XXI. — Volz (de Carlsrhue). *Gazette méd.*, 1843, p. 527 (Obs. I). — Soldat (âge?). Mort avec tous les symptômes d'une péritonite. — *Autopsie :* Péritonite purulente. Appendice perforé.

Obs. XXII. — *Eod. loc.* — Garçon, 11 ans. Mort au onzième jour d'une péritonite. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé par une concrétion terreuse. Diaphragme perforé et pleurésie purulente.

Obs. XXIII. — *Eod. loc.* — H..., 20 ans, symptômes typhoïdes. Douleur région cæcale. Mort le septième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé par un corps allongé ?

Obs. XXIV. — *Eod. loc.* — H..., 34 ans. Mort après s'être plaint de coliques pendant un jour seulement. — *Autopsie.* Traces de péritonite localisée. Cæcum adhérent. A côté, dans une petite cavité, deux petits calculs gris (?), que l'auteur pense provenir d'une perforation de l'appendice.

Obs. XXV. — *Eod. loc.* — F..., 24 ans, douleur dans fosse iliaque droite. Symptômes de péritonite. Traitement par opium. — *Guérison* le treizième jour. L'auteur croit à une perforation de l'appendice.

Obs. XXVI. — *Eod. loc.* — Soldat, 21 ans, douleurs vives région iliaque droite. Symptômes de péritonite. Traitement par l'opium. — *Guérison* le vingt-cinquième jour. L'auteur croit encore à une perforation de l'appendice.

Obs. XXVII. — Dequevauville. — Th. de Bodart, Paris, 1844. — H... (âgé?). Douleur région iliaque droite. Tumeur prise d'abord par Nelaton pour un abcès de la fosse iliaque. Bientôt, signes de

péritonite. Mort. (Durée?) — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice cæcal dilaté (9 cent. de long sur 4 de large), rempli de pus, perforé : son orifice cæcal obturé par une concrétion fécale.

Obs. XXVIII. — Bonnet. *Bull. Soc. anat.*, 1844, p. 332. — H... (âge?). Début par symptômes typhoïdes, puis signes de péritonite. Mort. (Durée?) — *Autopsie.* Péritonite. Perforation de l'appendice. Concrétion fécale.

Obs. XXIX. — Monnot, Th., Paris, 1846. — Jeune homme (âge ?) prenait tous les jours, depuis deux mois, de la crème de tartre. En prenant un lavement, douleur vive dans le côté droit du ventre, et rapidement signes de perforation intestinale. Mort le lendemain. — *Autopsie.* Péritonite généralisée consécutive à un abcès péricæcal. Appendice perforé. Corps étranger constitué par résidu insoluble de la crème de tartre.

Obs. XXX. — Favre. Th., Paris, 1851. — H..., 26 ans. Douleur vive dans fosse iliaque droite. Symptômes de péritonite. *Diagnostic*, péritonite par perforation de l'appendice. Mort le huitième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée, avec foyer dans la fosse iliaque droite. Appendice perforé près du cæcum. Concrétion fécale.

Obs. XXXI. — *Eod. loc.* — Garçon, 14 ans, pris de fortes coliques, bientôt face grippée, douleur vive dans fosse iliaque, vomissements porracés. Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé. Concrétions grisâtres (?).

Obs. XXXII. — Hancoeck. *Obs. citée par Fabre, Th. ci-dessus.* — F... (âge ?), nouvellement accouchée. Tumeur fosse iliaque droite. Incision, issue d'une grande quantité de pus, au milieu duquel se trouve une concrétion calcaire que l'auteur suppose venir de l'appendice. — *Guérison.*

Obs. XXXIII. — Forget. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1853, p. 521. — H..., (âge ?). Douleur fosse iliaque droite. Symp. de péritonite généralisée, puis de pleurésie droite. Mort le vingt et unième jour. — *Autopsie.* Pleurésie. Péritonite généralisée. Foyer vers fosse iliaque droite où existe un corps étranger calcaire, que l'auteur suppose provenir de l'appendice.

Obs. XXXIV. — *Eod. loc.* — Garçon, 16 ans, après écart de régime, symptôme d'étranglement. Mort le vingtième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé près de sa base.

Obs. XXXV. — *Eod. loc.* — Garçon, 16 ans. Douleur vive, surtout dans région sous-ombilicale. Constipation. Vomissements. Mort le septième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé vers la pointe. Concrétion dure, comme sébacée.

Obs. XXXVI. — Barth. *Bull. soc. anat.*, 1855, t. XXX, p. 5. — H..., 25 ans. Douleur vive dans le ventre. *Diagnostic :* Inflammation du cæcum; puis à la suite d'un écart de régime, accidents de péritonite aiguë. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite localisée. Appendice sectionné. Dans le foyer, deux boulettes fécales.

Obs. XXXVII. — Bauchet. *Ibidem,* p. 6. — H... (âge ?), mort de maladie suraiguë (?) — *Autopsie.* Péritonite purulente. Appendice complétement sectionné. Dans le foyer, un noyau de cerise.

Obs. XXXVIII. — Parrot, *ibidem*, p. 54. — H..., 24 ans. Tumeur dans fosse iliaque droite, datant de 12 ans. Il y a un an, suppuration. Incision. Fistule du fond de laquelle on retire une épingle incrustée de sels calcaires. Péritonite. Mort. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Perforation de l'appendice correspondant à l'ouverture du trajet fistuleux.

Obs. XXXIX. — Peter. *Arch. méd.*, 1855, t. VI, p. 333. — H..., 24. Tumeur à l'hypogastre, datant de 12 ans, abcédée depuis 18 mois et restée fistuleuse. Extraction d'une épingle de 4 centim., entourée de mat. fécales durcies. Péritonite. Mort. — *Autopsie.* Péritonite généralisée, à la suite d'un abcès récent au voisinage de l'appendice. Celui-ci perforé et communiquant avec la fistule.

Obs. XL. — Masson. *Th. Paris*, 1857, p. 74. — H..., 19 ans. Diagnostic douteux entre étranglement interne ou péritonite. Mort le huitième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Perforation de l'appendice.

Obs. XLI. — Leudet. *Arch. méd.*, 1859, Obs. II. — Garçon, 16 ans. Dans convalescence de variole, apparition de symptômes de péritonite. Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé.

Obs. XLII. — *Eodem loco.* — Garçon 17 ans. Douleurs dans le ventre, simulant une indigestion, bientôt symptômes de péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée consécutive à un abcès rétro-cæcal. Appendice nageant dans le foyer, presque complètement coupé en deux.

Obs. XLIII. — *Eodem loco.* — F. 59 ans. — *Autopsie.* Péritonite généralisée consécutive à un abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque droite. Appendice perforé.

Obs. XLIV. — Lebert. *Anat. path.*, 1861, t. II p. 231. — F. 19 ans, Phlegmon de la fosse iliaque droite. Mort le dix-huitième jour. — *Autopsie.* Abcès sous-péritonéal de la fosse iliaque. Fusée purulente dans la cuisse. — Appendice dans le foyer, perforé.

Obs. XLV. — *Eodem loco*, p. 313. — F. 15 ans. Douleurs vives dans la région cæcale. Symptôme de péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé.

Obs. XLVI. — *Eodem loco*, p. 314. — Garçon, 13 ans. Douleur région cæcale. Symptôme de péritonite. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé.

Obs. XLVII. — *Eodem loco*, p. 314. — H. 37 ans. Péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé.

Obs. XLVIII. — *Eodem loco*, p. 313. — H. 22 ans. Péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice en partie adhérent au cæcum, perforé à son extrémité. Dans sa cavité, petit corps étranger, consistance du mastic.

Obs. XLIX. — Barthez, *Bull. soc. med. des Hôpitaux*, 1863, t. V, p. 415. — Garçon, 14 ans 1/2. Pris de vomissements bilieux, tuméfaction et douleur au côté droit du ventre. Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice, plaque gangrenée. Dans sa cavité, corps dur, calcaire, dont le centre est occupé par une graine de raisin.

Obs. L. — Larret-Lawalignie. Th. Strasbourg, 1862, n° 598. — H..., 24 ans. Depuis sept jours, coliques sourdes, puis douleurs subites extrêmement vives. Symptôme de péritonite. Mort septième jour du début, quelques heures après l'accident suraigu. — *Autopsie.* Péritonite généralisée, récente. Péritonite purulente enkystée, antérieure, dans fosse iliaque droite. Appendice perforé, concrétions fécales.

Obs. LI. — *Eodem loco.* — Garçon 10 ans. Douleurs fosse iliaque droite. Vomissements. Mort le septième jour. — *Autopsie.* Péritonite purulente. Appendice perforé par un corps étranger, de nature ligneuse.

Obs. LII. — *Eod. loc.* — Garçon 14 ans. Coliques sourdes depuis huit jours, puis douleur brusque très vive au côté droit du ventre. Péritonite. Mort le dixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée récente. Appendice perforé. Contient des matières fécales. Un ver lombric dans le pus.

Obs. LIII. — E. Vidal. *Bull. soc. Méd. des Hôpitaux,* 1864, t. I. p. 160. — H., 19 ans. Douleur, tuméfaction à droite. — *Diagnostic.* Périty phlite. Commet l'imprudence de se lever. Douleurs extrêmement vives. Péritonite aiguë. Mort cinquième jour de la maladie, vingt heures après le début des derniers accidents. — *Autopsie.* Péritonite suraiguë généralisée. Traces d'une inflammation ancienne dans fosse iliaque droite. Appendice non perforé, dilaté, contient un noyau de prune, incrusté de sels.

Obs. LIV. — Roger. *Ibidem,* p. 165. — Garçon, 5 ans. Mort deux heures après son entrée à l'hôpital. On avait cru à un étranglement interne. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice triplé de volume, perforé. Deux concrétions de cholestérine.

Obs. LV. — Le Dantec, Thèse Paris, 1865, p. 33. — H., 23 ans. Douleur vive dans le ventre, plus accusée région du foie. Signes d'épanchement thoracique. Mort le septième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Fusée purulente dans tissu cellulaire péricæcal, jusque sous le foie. Perforation du diaphragme, pleurésie purulente. Appendice gangrené à sa partie moyenne.

Obs. LVI. — Crouzet. Th., Paris, 1865. (Obs. I). — Garçon, 14 ans. Coliques vives. Péritonite. Mort le troisième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé. Noyau de cerise.

Obs. LVII. — *Eodem loco* (Obs. II). — H., 27 ans. Douleurs sourdes depuis deux mois, dans fosse iliaque droite. Empâtement mal limité. Puis un jour, en faisant un effort, douleur très vive. Péritonite aiguë. Mort en quarante heures. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé. Calcul stercoral.

Obs. LVIII. — Henrot. Th., Paris, 1865 (Obs. II). — Garçon, 10 ans, Envoyé à l'hôpital avec diagnostic d'étranglement interne. Mort deux heures après son entrée. — *Autopsie.* Péritonite. Appendice perforé. Dans sa cavité deux petites concrétions de cholestérine.

Obs. LIX. — *Eodem loco* (Obs. III). — Garçon, 17 ans, pris de coliques vives. Symptômes d'étranglement interne. Mort le huitième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice coupé en deux. A côté, noyau de prune.

Obs. LX. — *Eodem loco* (Obs. IV). — H., âge (?) Symptômes d'étranglement. Mort. — *Autopsie.* Péritonite. Appendice perforé par un noyau de fruit (?).

Obs. LXI. — Blache. Th. Henrot, ci-dessus, p. 28. — H., (âge ?) Coliques. Empâtement circonscrit dans fosse iliaque. On croit à un étranglement interne. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite partielle. Appendice perforé. Concrétions stercorales. Perforation récente de l'intestin près du duodenum.

Obs. LXII. — Petit. *Revue méd. franç. et étrang.* 1866, T. I, p. 658. — H., 20 ans. Vive douleur, région iliaque droite. Péritonite. Mort le neuvième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée consécutive à un abcès péri-cæcal extra-péritonéal. Cæcum adhérent. Appendice enclavé dans le foyer. Perforé à la pointe. A côté, concrétion calcaire.

Obs. LXIII. — Halette. Th., Paris, 1867. — F., 64 ans, à la suite d'un purgatif, douleurs vives dans le côté droit du ventre. Périto-

nite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite enkystée. Appendice perforé.

Obs. LXIV. — *Eodem loco.* — F., 73 ans. Diarrhée. Douleurs abdominales; pas de météorisme. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé à sa pointe. Calcul biliaire.

Obs. LXV. — Lefeuvre. Th. de Halette, ci-dessus. — H., 26 ans. Symptômes laissant croire à une invagination intestinale. Mort le huitième jour. — *Autopsie.* Péritonite suppurée localisée à droite. Appendice ulcéré.

Obs. LXVI. — *Eodem loco.* — F., 46 ans. A la suite d'un repas où elle avait mangé du poisson, sympt. de péritonite suraiguë. Mort le troisième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé par une arête de poisson.

Obs. LXVII. — Joffroy. *Bull. soc. anat.*, 1869, T. XIV, p. 512. — Garçon, 10 ans. Au début symptômes typhoïdes, puis douleur brusque dans le flanc droit. Tumeur. Mort un mois et demi après. — *Autopsie.* Péritonite suppurée localisée. Appendice perforé par une épingle incrustée de sels calcaires.

Obs. LXVIII. — Fouilloux. *Bull. soc. anat.*, 1870. T. XV, p. 217. — H., 33 ans. Depuis trois semaines, douleur dans la fosse iliaque droite. A la suite d'un effort, douleur plus vive. Tuméfaction. Péritonite. Mort. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Cæcum : adhérences anciennes. Appendice volumineux, perforé, rempli de matières fécales solides.

Obs. LXIX. — Sauzède. Th. Paris 1871. — H., 21 ans. Symptômes d'étranglement interne. Laparatomie. Péritonite enkystée. Mort quelques heures après l'opération. — *Autopsie.* Péritonite généralisée récente. Péritonite enkystée ancienne autour du cæcum intact. Appendice gangrené et perforé. Concrétions fécales.

Obs. LXX. Herrgott. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1872-73. p. 19. — F., 17 ans. Violentes douleurs dans le ventre, surtout à droite. Diagnostic : péritonite généralisée, probablement par perforation

de l'appendice cœcal *(Schutzenberger)*. Mort le huitième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée. Appendice perforé. Concrétion fécale.

Obs. LXXI. — Lancereaux. *Arch. méd.*, 1874, t. XXIV, p. 458.— H..., 46 ans, symptômes d'occlusion intestinale, puis de péritonite. Mort le seizième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée, perforation de l'appendice à la base.

Obs. LXXII. — Chenet. *Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 243. — H..., 23 ans, douleurs abdominales à droite très vives. Ballonnement, diarrhée. Mort subite. Pas de vomissement. — *Autopsie*. Péritonite généralisée. Appendice perforé à sa base.

Obs. LXXIII. — Legrain. Th. Paris, 1875. — H..., 39 ans, symptômes de péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie*. Péritonite purulente. Appendice perforé.

Obs. LXXIV. — Reignier. *Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 207. — F.... 11 ans, symptômes d'un étranglement interne avec péritonite. Mort le quatrième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée. Appendice perforé à sa base. Concrétion fécale.

Obs. LXXV. — Paulier. Th. Paris, 1875. — Garçon, 12 ans Meurt quelques heures après son entrée à l'hôpital. — *Autopsie*. Péritonite localisée à droite. Appendice perforé.

Obs. LXXVI. — *Eod. loc.* — F..., 6 ans, diagnostic hésitant entre étranglement interne ou péritonite. Mort le douzième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée. Appendice perforé.

Obs. LXXVII. — Audouard. *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 119. — H..., 27 ans. Douleur vive dans fosse iliaque, puis région lombaire et épaule droite. Symptôme d'épanchement thoracique. Ponction. Empyème. Mort le onzième jour. — *Autopsie*. Péritonite localisée à droite, appendice perforé à sa pointe, fusée purulente sous le péritoine, derrière le rein; perforation du diaphragme, pleurésie purulente. Concrétion calcaire.

Obs. LXXVIII. — Duplay. *Arch. de Méd.*, 1876, XI, 28, p. 113. —

F..., 35 ans, symptômes d'étranglement interne. Incision à droite pour établir un anus contre nature, on trouve une péritonite purulente. Mort deux jours après l'opération. — *Autopsie.* Péritonite purulente, perforation de l'appendice. Pas d'étranglement.

Obs. LXXIX. — *Eod. loc.* — H..., 48 ans. Symptômes d'étranglement interne. Gastrotomie. Péritonite purulente, établissement d'un anus contre nature. Mort six heures après l'opération, cinquième jour de la maladie. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice violacé, ulcéré. Pas d'étranglement.

Obs. LXXX. — Rivet. *France médicale*, 1876, p. 653. — H..., 26 ans. Symptôme de volvulus. Tuméfaction dans fosse iliaque droite. Mort le onzième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé. Calcul de phosphate de chaux.

Obs. LXXXI. — Taverney. Th. Paris, 1877, p. 35. — H..., 21 ans. Douleur région iléo-cæcale. Induration. Etat stationnaire, puis aggravation brusque. Mort le trente-deuxième jour, 24 heures après l'aggravation. — *Autopsie.* Péritonite généralisée récente. Péritonite localisée ancienne. Appendice perforé par concrétion fécale.

Obs. LXXXII. — Cliquet. *Mém. méd. chir. et phar. militaires*, 1878, p. 290. — Soldat, 22 ans. Douleurs abdominales sourdes, puis aggravation subite, dysurie. Symptôme de péritonite. Mort vingt-quatre heures après les derniers accidents aigus. — *Autopsie.* Péritonite généralisée récente. Péritonite localisée à droite plus ancienne. Appendice perforé par un haricot.

Obs. LXXXIII. — Balzer. *Gazette méd.*. Paris, 1879, p. 192. Obs. XI. — Garçon, 13 ans. Après un repas copieux, symptômes de péritonite. Mort le cinquième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice perforé. Concrétion fécale.

Obs. LXXXIV. — *Eod. loc.* — Garçon, 10 ans. Symptômes de péritonite. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Cæcum adhérent. Appendice compris dans ces adhérences et perforé. Autour de lui, foyer sous-péritonéal. Dans sa cavité, un haricot.

Obs. LXXXV. — Lannelongue et Cornil. *Gaz. hebdomadaire*, 13 janvier 1883, p. 33. — H..., 45 ans. Symptômes de typhlite, puis de périty phlite. Mort le dix-septième jour du début de ces derniers accidents. — *Autopsie*. Cæcum adhérent, épaissi. Abcès rétro-cæcal. Appendice fixé en arrière du cæcum et perforé, plongé dans le foyer.

Obs. LXXXVI. — Talamon. *Bull. soc. anat.* 1882, p. 157, — H., 27 ans. Coliques surtout à droite. Accalmie, puis recrudescence. Symptômes de péritonite. Mort le onzième jour. — *Autopsie* : Péritonite purulente généralisée. Appendice perforé. Au-dessus de la perforation, à une certaine distance, deux petites concrétions fécales. Cæcum rempli de matières stercorales.

Obs. LXXXVII. — Chaput. *Bull. soc. anat.* 1882, p. 279. — H..., âge (?). Symptôme d'invagination intestinale. Laparatomie par M. Le Fort. On trouve une péritonite purulente. Mort 15 minutes après l'opération, 10e jour de la maladie. — *Autopsie*. Péritonite purulente généralisée. Appendice perforé. Concrétion fécale.

Obs. LXXXVIII. — Ferrier. *Journal méd. Bordeaux*, 1883, p. 162. — H. 26 ans. A la suite d'un effort, douleur dans le côté droit du ventre. Dès le lendemain, signes de péritonite. Mort le 7e jour. *Autopsie*. Péritonite généralisée. Appendice perforé. Concrétion fécale.

Obs. LXXXIX. — De Gennes. *Progrès médical*, 1883, p. 747. — H..., 19 ans. Pris de douleur à la fosse iliaque, puis de symptômes d'état infectieux, albuminurie, ictère, etc. Mort le 40e jour. — *Autopsie*. Abcès gangreneux rétrocæcal. Cæcum sain. Appendice gangrené. Grand abcès, et petits abcès miliaires du foie.

Obs. XC. — Polaillon. *Union médicale* 1883, p. 141. — F., 19 ans. Symptômes d'occlusion intestinale et péritonite. Laparatomie. Péritonite purulente. Etablissement d'un anus contre nature. Mort 10 heures après l'opération. — *Autopsie*. Péritonite purulente généralisée. Appendice perforé à la pointe ; au-dessus un haricot cru.

Obs. XCI. — Goldschmith. *Revue de Médecine*, 1886, p. 542.

— H..., 20 ans. Plusieurs poussées de typhlite, récidive en 1886. Application permanente de glace sur la tumeur, amélioration rapide. Expulsion, par les fèces, d'une concrétion fécale en forme de bâtonnet, que l'auteur pense provenir de l'appendice. — *Guérison.*

Obs. XCII. — Dupré. *France Médicale*, 1888, page 25. — Garçon, 13 ans. Symptômes de typhlite, puis de périty phlite. Plus tard matité dans le flanc droit. Mort le neuvième jour — *Autopsie.* Péritonite purulente localisée à droite. Foyer rétro-cæcal. Appendice gangrené. Pleurésie purulente.

Obs. XCIII. — Pozzi. *Gaz. Méd. Paris,* 1888, page 606. — H., 20 ans. Coliques violentes. Constipation, douleur vive vers fosse iliaque. Pas de tumeur. Bientôt signes de péritonite. Mort le onzième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Cæcum adhérent. Foyer purulent rétro-cæcal. Dans ce foyer, appendice épaissi, contenant deux petites concrétions fécales.

Obs. XCIV. — Bloch. *Journ. de Clin. et Thérap.* — 19 décembre 1889. — Garçon 11 ans. Après un repas, douleur vive dans le ventre. On croit à une indigestion, bientôt signes de péritonite. — *Diagnostic.* Péritonite par perforation probablement de l'appendice cæcal. Laparatomie par Chaput. Résection de l'appendice. Mort neuf heures après l'opération. L'opération a permis de reconnaître : péritonite suppurée et perforation de l'appendice par concrétion stercorale.

II. — Lésions du Cæcum

Obs. XCV. — Dance et Husson. *Répertoire d'anatomie,* 1827, t. IV, p. 74, obs. IV. — Jeune homme (âge ?), douleur fixée dans la fosse iliaque droite. Symptômes de péritonite. Mort le sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite purulente généralisée. Quelques rougeurs au voisinage de la valvule iléo-cæcale. Pas mention de l'appendice.

Obs. XCVI. — *Eod. loc.* (Obs. V). — H..., 26 ans. Engorgement phlegmoneux de la fosse iliaque droite. Suppuration. Ouverture dans l'intestin le treizième jour. — *Guérison.*

Obs. XCVII. — *Eodem loco* (Obs. VI). — H., 25 ans. Engorgement inflammatoire de la fosse iliaque droite. Suppuration. Ouverture dans l'intestin le dixième jour. *Guérison* le trente-sixième jour.

Obs. XCVIII. — *Eodem loco* (Obs. VII). — H..., 20 ans. Engorgement inflammatoire de la fosse iliaque droite. Suppuration. Ouverture dans le cæcum le quinzième jour. *Guérison.*

Obs. XCIX. — *Eodem loc.* (Obs. VIII). — F., 36 ans. Engorgement dans la fosse iliaque droite. Suppuration. Ouverture dans l'intestin le vingt et unième jour. *Guérison.*

Obs. C. — Meniére, *Arch. méd.*, 1828, t. XVII, p. 188. H. 26 ans. Douleur dans région iliaque-droite. Tumeur. Ouverture dans l'intestin le vingt-sixième jour. *Guérison* dix jours après, trente-sixième jour.

Obs. CI. — *Eodem loco* (Obs. XIV), p. 514. — H., 27 ans. Tuméfaction région inguinale droite. Fluctuation. Incision. *Guérison* après six mois et demi.

Obs. CI *bis*. — *Eodem loco* (Obs. XV, p. 518). — H., 24 ans. Phlegmon aigu de la fosse iliaque droite. *Guérison* le sixième mois.

Obs. CII. — *Eodem loco* (Obs. XVII). — F., 33 ans. Phlegmon iliaque droit. Ouverture d'abord dans l'intestin, puis quatre jours après, à l'extérieur (paroi abdominale). Mort quinze jours après ouverture à l'extérieur. — *Autopsie.* Suppuration du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Double perforation du cæcum.

Obs. CIII. — *Eodem loco* (Obs. XVII). — Garçon, 11 ans. Entérite grave; trois mois après, tumeur fosse iliaque droite. Deux mois après, ouverture spontanée au dehors, et plus tard dans le cæcum et la vessie. *Guérison* le dixième mois.

Obs. CIV. — Dupuytren. *Clinique chir.*, 1833, t. III, Obs. XI, p. 341. — H..., 23 ans. Tumeur phlegmoneuse dans la fosse iliaque droite. Incision. Mort le cinquième mois. — *Autopsie.* Large foyer dans le tissu cellulaire péricæcal. Cæcum, muqueuse épaisse, ardoisée.

Obs. CV. — *Eod. loc.* — H..., 24 ans. Porteur dans la région il. dr. de plusieurs ouvertures fistuleuses. Alternatives de mieux et de pire. *Guérison.* (Durée ?)

Obs. CVI. — *Eod. loc.* — H..., 28 ans. Tumeur phlegmoneuse dans région inguinale droite. Ouverture dans le cæcum, puis à travers les parois abdominales. *Guérison* le huitième mois.

Obs. CVII. — *Eod. loc.* — H..., 33 ans. Tumeur douloureuse dans fosse iliaque droite. Ouverture spontanée à l'extérieur. *Guérison.*

Obs. CVIII. — Maisonneuve. Th. Paris, 1835, p. 21. — Jeune homme (âge ?). A la suite d'une orgie, douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Ballonnement. Constipation. Mort. (Durée ?) — *Autopsie.* Péritonite grave. Eschare gangreneuse du cæcum, vers son cul-de-sac.

Obs. CIX. — Burne. *Gazette méd.*, Paris, 1838, p. 385, Obs. VIII. — F..., 14 ans. Tumeur dans la fosse iliaque droite. Incision. *Guérison* le vingt-cinquième jour.

Obs. CX. — Albers. J. l'*Expérience*, 1839, t. IV, p. 129. — Garçon, 8 ans, symptômes de péritonite. Mort. (Durée ?) — *Autopsie.* Abcès du tissu cellulaire rétro - cæcal. Cæcum ramolli.

Obs. CXI. — *Eod. loc.* — H..., 29 ans. Depuis quelque temps une douleur dans l'abdomen. Un jour frisson, vomissements. Région iliaque saillante, douloureuse. Mort le troisième jour. — *Autopsie.* Abcès rétro-cæcal. Cæcum perforé.

Obs. CXII. — Tardieu. *Bull. soc. anat.*, 1840, t. XV, p. 54. — F..., 63 ans. A la suite d'une purgation, douleur dans le flanc droit. Tumeur. Mort. (Durée ?) Péritonite localisée. Cæcum gangrené et perforé en avant et en arrière.

Obs. CXIII. — Depuysaye. *Soc. anat.*, 1841, t. XVI, p. 77.

— F., 16 ans. Diarrhée depuis un an. Tumeur à droite de l'abdomen. Ouverture dans l'intestin. Mort le troisième mois de la tumeur. — *Autopsie*. Abcès de la paroi abdominale. Cæcum perforé.

Obs. CXIV. — Volz. *Gaz. méd. Paris*, 1843, Obs. VIII. — Artilleur (âge?). Douleur dans le bas ventre. Tuméfaction à droite. Mort le quatorzième jour. — *Autopsie*. Abcès rétro-cæcal, muscles de la fosse iliaque détruits. Cæcum perforé. Concrétion calcaire dans le foyer.

Obs. CXV. — Blatin. Th. de Paris, 1868. — F., 45 ans. Tuméfaction ancienne du côté droit du ventre. Il y a un mois développement rapide, douleur fluctuante, semblant se continuer avec le foie. — *Diagnostic*. Kyste acéphalocyste du foie, probablement suppuré. Mort le trente-septième jour des accidents aigus. — *Autopsie*. Péritonite enkystée. Perforation du cæcum.

Obs. CXVI. — *Eodem loco*. — Jeune soldat. Signes de typhlite, tumeur, fluctuation. Incision le quarante et unième jour. *Guérison* le cinquante-cinquième jour.

Obs. CXVII. — Pouzet. Th. Paris, 1869. — H., 26 ans. Douleur et empâtement à droite. — *Diagnostic*. Périty phlite. Un mois après, ouverture spontanée à l'extérieur. *Guérison* au bout de neuf semaines.

Obs. CXVIII. — Cauchois. *Bull. soc. anat.* 1873, t. XVIII, p. 297. — H., 19 ans. Coliques. Empâtement diffus à droite. Matité. Météorisme. Mort le sixième jour. — *Autopsie*. Péritonite généralisée. Perforation du cæcum, sur sa face externe. Dans le pus, une concrétion fécale, ayant pour noyau des poils agglutinés.

Obs. CXIX. — Chauffard. Th. Paulier, 1875 (Obs. II). H., 22 ans. — A la suite d'une chute, douleur vive à la région cæcale. Tumeur, signes de suppuration. Ponction. Incision. Issue de pus. — *Guérison* après six semaines.

Obs. CXX. — Paulier. Th. Paris 1875. — H., 25 ans. Typhlite à forme péritonéale subaiguë. *Guérison* complète le quarante cinquième jour.

Obs. CXXI. — *Eod. loco.* — F., 43. Symptôme d'engouement stercoral, puis un jour en allant à la selle, coliques vives, frisson, vomissements. Mort le vingt-sixième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée, consécutive à un abcès rétro-cæcal. Perforation du cæcum.

Obs. CXXII. — Landouzy. Th. Paulier, ci-dessus. — Garçon de 13 ans. Typhlite; guérison, puis récidive six semaines après, à la suite d'un repas copieux; péritonite. Mort le quatrième jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Cæcum perforé à sa partie antéro-inférieure.

Obs. CXXIII. — Schonsal. Th. Paris, 1875, p. 40 — H. 56 ans. A la suite d'un repas copieux, typhlite, puis périty phlite. Mort. — *Autopsie.* Cæcum adhérent perforé, abcès rétro-cæcal.

Obs. CXXIV. — Cossy. *Bull. soc. anat.* 1876, p. 391. — H..., 32 ans. Depuis quelque temps, douleur abdominale sourde. Puis brusquement, coliques violentes. Bientôt frisson. Signe d'épanchement thoracique. Mort le trente-sixième jour. Symptômes abdominaux : presque rien. — *Autopsie.* Péritonite localisée à droite. Perforation du cæcum par une arête de poisson. Fusée purulente sous le foie, perforation du diaphragme. Pleurésie purulente.

Obs. CXXV. — Letulle. *France médicale.* 1879, p. 385. — Garçon, 16 ans. Symptômes de typhlite avec rétraction de testicule et flexion forcée de la cuisse droite. Mort le quarantième jour. — *Autopsie.* Abcès sous-aponévrotique. Cæcum perforé en arrière par une épingle.

Obs. CXXVI. — Frietley. *Recueil de mém. de médecine militaire.* 1867. — H., 29 ans. Symptômes de périty phlite. Le vingt-deuxième jour, ouverture de l'abcès dans l'intestin. — *Guérison* le quarante-quatrième jour.

Obs. CXXVII. — Labadie-Lagrave. *Revue des maladies de l'enfance.* 1883, p. 443. — Garçon, 6 ans 1/2. Tuméfaction à la fosse iliaque droite. Douleur très vive. Bientôt tumeur fluctuante. Incision le vingt-deuxième jour. — *Guérison* le soixantième jour. (Périty phlite).

Obs. CXXVIII. — Guyot. Th. Paris, 1884-85. — F., 15 ans, acci-

dents de typhlite puis de périty phlite. Incision le troisième mois. Suppuration abondante. Affaiblissement progressif. Mort le neuvième mois. — *Autopsie.* Abcès périty phlitique. Perforation du cæcum.

Obs. CXXIX. — Pravaz. Th. Lyon, 1888. — H. Accidents de typhlite puis de périty phlite. Incision le dixième jour par M. Poncet de Lyon. Issue d'un pus fétide. Le cæcum est perforé. — *Guérison* deux mois après.

Obs. CXXX. — *Eodem loco.* — Garçon, 11 ans. A la suite d'un repas copieux, douleur fosse iliaque droite Le vingtième jour, empâtement profond sans fluctuation. Incision par M. Poucet de Lyon. Issue d'un liquide louche. — *Guérison* quelques semaines après.

III. — Lésions de l'appendice et du cæcum

Obs. CXXXI. — Halette. Thèse Paris, 1867. — F. 74 ans. Douleurs abdominales. Vomissements. Constipation, puis symptôme de pneumonie. Mort le 30e jour. — *Autopsie.* Hépatisation grise de la moitié du poumon droit. Abcès enkysté juxta-cæcal. Dans le foyer, appendice à moitié détruit. Cæcum perforé.

Obs. CXXXII. — Legrain. *Thèse Paris*, 1875. — H. 46 ans. Symptômes de péritonite. Mort le 18e jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Appendice ulcéré près du cæcum. Cæcum ulcéré.

Obs. CXXXIII. — *Eodem loco.* — H. 20 ans. Constipation depuis 8 jours. Bientôt douleur à droite. Vomissements. Mort le 6e jour. — *Autopsie.* Péritonite généralisée. Cæcum enflammé. Appendice dilaté; contient deux concrétions calcaires.

Obs. CXXXIV. — Balzer. *Gazette méd. Paris*, 1879. — Jeune fille, 13 ans. Symptômes d'indigestion. Peu de péritonite. Mort le 18e jour. — *Autopsie.* Péritonite suppurée, localisée à droite. Abcès derrière le cæcum ulcéré. Appendice ulcéré.

Obs. CXXXV. — Netter. *Bull. soc. anat.* 1885, p. 336. — H..., 42 ans,

Douleur fosse iliaque. Constipation. Tumeur. Le malade a l'imprudence de se lever. Menace de péritonite, puis d'occlusion intestinale. Mort le 25e jour.— *Autopsie.* Péritonite sous-ombilicale. Foyer purulent rétrocæcal sous-péritonéal. Appendice perforé. Concrétion stercorale. Cæcum perforé à son union avec l'appendice.

Obs. CXXXVI. — Ed. Blanc. *Lyon médical*, 5 décembre 1886. — H., 40 ans. Symptômes d'occlusion intestinale. Laparatomie par Poncet, de Lyon, le 5e jour. On trouve une péritonite purulente. Mort dans la nuit. — *Autopsie.* Péritonite purulente généralisée. Pas d'occlusion. Appendice et cæcum en partie gangrenés. Dans la cavité de l'appendice, trois concrétions fécales,

---

BIBLIOGRAPHIE

Herlin. — Réflexions et observations sur l'usage de l'appendice vermiforme. *Journal de méd. chir. pharm.* 1768, t. XXIX, p. 321.

Louyer-Willemay. — Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cæcum. *Archiv. gén. méd.* 1824, p. 246.

Mélier. — Mémoires et observations sur quelques maladies de l'appendice cæcal. *Ibidem*, 1827, t. C, p. 337.

Menière. — Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque. *Arch. méd.* 1828, t. XVII, p. 188.

Dupuytren. — *Clinique chirurgicale.* 1833, t. III.

Petrequin. — De l'emploi de l'opium à haute dose, dans les perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal. *Gaz. méd. de Paris.* 1837, p. 438.

Burnes. — Mémoire sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. Trad. *Gaz. médicale.* Paris, 1838, p. 385.

Merling. — Anatomie pathologique de l'appendice cæcal. Trad. Journal l'*Expérience.* 1838, nº 22.

Albers. — Histoire de l'inflammation du cæcum, de la typhlite stercorale et de la périty phlite. Trad. Journal l'*Expérience.* 1739, t. IV, p. 129.

Grisolle. — Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. *Arch. gén. méd.* 1839, t. IV, p. 34.

Malespine. — Observations pour servir à l'histoire de l'appendice vermiculaire. *Ibidem.* 1841, t. X, p. 33.

Volz. — Sur l'ulcération et la perforation de l'appendice vermiforme occasionnées par des corps étrangers. Trad. *Gaz. méd.* Paris, 1843, p. 527.

Bodart. — *Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal*, t. IV, Paris, 1844.

Favre. — *Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal.* t. IV de Paris, 1851.

Bamberger. — *Wien medic. Wochenschrift.* 1853.

Hebershon. — *Observations on diseases of the alimentary canal.* London, 1857.

Leudet. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal. *Arch. gén. de méd.* 1859, t. XIV, p. 129.

Forget. De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 321.

Lebert. — *Anatomie pathologique.* 1861, t. II, p. 231 et 313.

Crouzet. — *Perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal*, t. IV. Paris, 1865.

Henrot. — *Des pseudo-étranglements*, t. IV de Paris, 1865.
Blatin. — *Recherches sur la typhlite et la périty phlite*, t. IV, Paris, 1868.
Sauzède. — *Étranglement interne, consécutif à la perforation de l'appendice iléo-cæcal.* Th. Paris, 1871.
Bristowe (J.-L.). — *Diseases of the cæcum and appendise vermiformis.* Syst. med. Reynolds, Lond., 1871, p. 121.
Finnel. — The significance of calcareous concretions in the vermiformo process. *Medical Record.* N. Y. 1869, p. 69.
Paulier. — Contribution à l'étude de la typhlite et périty phlito. Th. Paris 1875.
Duplay. — Quelques faits de péritonite simulant l'étranglement interne. *Arch. Med.* 1876, t. XXVIII, p. 513.
Tavernay. — *Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire.* Th. de Paris, 1877.
Balzer. — Observations et recherches pour servir à l'histoire des inflammations de cæcum chez l'enfant. *Gazette Méd.* Paris, 1879, n° 192.
Biermer. — *Brestauer æztliche zeitschrift*, 1879, p. 125.
Volz. — De la périty phlite. *Aeztl. Mittheit aus Baden.* 1880.
Gouley. — Perityphlitic obsess. due to perforation of the appendix vermiformis. *Tr. Med. Soc.* N. J. Albany, 1875, p. 345.
Matterstock. — Art. Périty phlite, in *Gerhardt, Handbuch d. Kinderkrankheiten*, 1880, t. IV, p. 899.
Noyes. — *Transac. of the Rhode. Island Med. Soc.* 1882.
Gauthier. — *Quelques faits de corps étrangers de l'appendice cæcal simulant l'étranglement interne.* 15 mars 1883, p. 133.
Gendron. — *De la pyléphlébite.* Th. de Paris 1883.
Corden. — Perityphlitis. *J. amer. med. assor. Chicago*, 1883, p. 700.
With. — La péritonite appendiculaire. *Congrès de Copenhague* 1884, t. II, p. 133.
Fenwick. — Perforation of the appendix vermiformis. *Lancet*, London, 1884, t. II, p. 987.
Israel. — *Deustche Med. Woch*, 1884, p. 253.
Treves. — The anatomy of the intestinal canal and Peritsneum in Maun. *Brit. Med. Journ.* London, 1885.
Mikulicz. — De la laparatomie dans les perforations de l'estomac et de l'intestin. *Semaine Med.* 1884, p. 236. *Lammlung Klin. Vorträge*, 1885, n° 262.
Truc. — *Traitement chirurgical de la péritonite.* Th. d'agrég. Paris 1886.
Ed. Blanc. — Sur un cas de péritonite septique généralisée, par gangrène de l'appendice iléo-cæcal. Accidents aigus d'occlusion. Laparatomie. — *Lyon Médical*, 1886, t. III, p. 437.
Dan. Mollière. — Traitement des abcès de la fosse-iliaque. *Lyon médical*, 1886.
Fitz. — Perforating inflammation of the vermiformis appendix, with special reference to its early diagnostic and treatment. *Am. Journ. med. sc. Phila.* 1886, p. 321 n° 184.
Kronlein. — *Arch. fur Klin. Chir.* 1886, t. XXXVIII, p. 507.
Nimier. — De l'intervention chirurgicale dans les phlegmasies consécutives aux affections de l'appendice iléo-cæcal. *Arch. méd.* Paris, 1887.

Tuffier. — Etude sur le cæcum et ses hernies. *Arch. méd.*, Paris, 1887, t. XIX, page 641.

Weir. — A plea for early operation in perityphlic abscess, with a case of laparotomy for perforation of the appendice vermiformis. *Med. Record.*, N.-Y., 1887, t. XXXI, p. 652.

Gaston. — Pathology, diagnosis and treatment of perforation of the appendice vermiformis. *J. Am. Med. assoc. Chicago*, août 1887, t. IX, p. 262, et 23 juin 1888, t. X, p. 777.

Bryant. — Perforation of the appendice vermiformis. Laparotomy. *Boston Med. et Surg. Jour.* 1887, t. 116, p. 33.

Woobury. — Perityphlitic abscess, amputation of the vermiformis appendice. Recovery. *Med. Press et Circ. London*, 1887, p. 296.

Frank Hood. — Laparatomie pour péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal. Guérison. *Amer J. Med. Assoc. Chicago*, 1887, t. IX, p. 91, analyse *Bull. méd.* 1888, page 221.

Broca. — L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque. *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 14 septembre 1888, p. 577.

Smith.—The appendice vermiformis ; its functions,pathology and treatment. *Americ. J. Med. Assoc. Chicago*, 1888, t. X, p. 707.

Morton. — The diagnose of pericæcal, abscess and its treatment. *Ibidem*, 1888.

Brenner. — Laparatomie dans la périty phlite et résection de l'Appendice vermiculaire. *Wien. Med. Wochenschrift*, 1888.

Fitz. — The relation of perforating inflammation of the vermiform appendice to perityphlitic abscess. 12 mai 1888, p. 505.

Gersung.—Die indicationen der Laparatomie bei acuten Processen. *Wien. med. Bl.* 1888, p. 1421

Bull. — On the surgical menagement of typhlitis ou perityphlitis. 1888, t. IV, p. 388. Analyse *Semaine méd.* 1888, p. 402.

Chandelux. — Typhlite et périty phlite. *Province médicale*, 1889, p. 49.

Krafft. — Essai sur la nécessité de traiter chirurgicalement la périty phlite stercorale perforatrice. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1888, p. 603, et Diagnostic différentiel de la périty phlite appendiculaire stercorale perforatrice. *Ibidem*, 1889, p. 177.

Steinthal. — Ueber die Chirurgische Rehandlung der ulcerösen Magen and Dorenperforationen. *Arch. fur. Klin. Chir.* 1888, t. XXXVII, p. 850.

Kibber. — Laparotomy for typhlitis abscess, recovery, *Med. record*, t. VII, 1888, p. 633.

Sands. — Laparotomy for perforation of the vermiforme appendice, two cases, *N. York med. journ.* 1888, t. XXXXVII, p. 197 et 607.

Whilmann. — A case of appendicitis in a child operation. Recovery. *Boston med. et surg. journal*, 1888, t. XIX, p. 551.

Elliot. — Perforation of the vermiform appendice causing an intraperitoneal abcess and general adhesive peritonitis. Laparotomy and drainage. Recovery. *Ibidem*, 1888, t. XVIII, p. 92.

Trèves. — A case of relapsing typhlitis treated by removal of the vermiforme appendice. *British med. journal.* London, 1888, p. 351, et *Lancet*, London, 1889, p. 267.

Besnier. — De la typhlite chez les enfants, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Paris 1888.

Dixon. — Laparotomy for inflammation of tho vermiformis appendix with ulcerative perforation, followed by recovery; *Ann. Surg, Saint-Louis*, 1888, t. VIII, p. 23.

Pravaz. — *De la périlyphlite et de son traitement*. Th. Lyon, 1888.

Laruelle. — Étude bactériologique sur les péritonites par perforation. Revue *la Cellule*. t. V. Ier fascicule. — Analyse *Journal des connaissances médicales*, 1889, p. 369.

Weir. — On the treatment of the to called perityphlitic abscess. — *Med. News* Phila. 27 avril 1889.

Mikulicz. — Ueber die operative Betraudlung der perforation peritonitic. — *Wien. Med. Wochenschrift*. 1889, t. XXXIX, p. 889. *Semaine médicale*, 1889.

Seen. — A plea in favor of early laparotomy for cantonal and ulcerative appendicitis vith the report of two cases. *J. Med. Chicago*. 1889, t. XIII, p. 630.

Jacobus. — A case of perforation of the vermiform appendix general peritonitis. Laparotomy. Accident recovery. — *Medical record*, N.-Y., 1889, p. 117.

Dockworth. — Removal by operation of a gangrenous appendix vermiformis containing a fæcal concretion : secundary laparotomy. Recovery. *British med. Journ*. London, 1889, p. 1347.

Gay. — Foreign body in appendix laparotomy, death. *Med. et surg. Report city Hosp. Boston*, 1889, p. 214.

Wylie. — Perityphlitic abscess. — Laparotomy recovery. *Am. Journ. of obst*. N. Y., 1889, t. XXII, p. 405.

Schneller. — Ablation de l'appendice iléo-cæcal suivie de guérison. *Congrès des chirurgiens allemands*, 1889. *Semaine médicale*, 1889, p. 146.

Leyden. — Ueber linen Fall von perityphlitis durch perforation des processus vermiformis; operation. — *Berlin Klin. Woch*, 1889, p. 689.

Nota. — Consulter, en outre, les dictionnaires — Art. *cæcum* et *péritonite*. Voir également les indications bibliographiques de nos observations.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction et exposition du sujet..... 5
Historique..... 11
Statistique..... 17
Étiologie..... 21
Anatomie pathologique..... 32
Symptomatologie..... 37
Formes cliniques. — Marche. — Durée. — Terminaison..... 47
Diagnostic..... 50
Pronostic..... 58
Traitement..... 60
Conclusions..... 67
Observations..... 69
Bibliographie..... 94

Typographie Edmond Monnoyer